



**UNIVERSAL
CURRICULUM**
Treatment of Substance Use Disorders

UTC

Currículo de Tratamiento Universal para
Trastornos por Uso de Sustancias

Curso 1

Introducción a la Ciencia de la Adicción

Manual del Participante



DAP
Drug Advisory Programme



**UNIVERSAL
CURRICULUM**
Treatment of Substance Use Disorders

UTC

Currículo de Tratamiento Universal para
Trastornos por Uso de Sustancias

Introducción a la Ciencia de la Adicción

4ª Edición, 2020

Manual del/la Participante

Nivel Básico de la serie de UTC 1



Agradecimientos

El Curso 1 del UTC: Introducción a la Ciencia de la Adicción forma parte de una serie de capacitación de ocho volúmenes desarrollada para la Oficina de Asuntos Internacionales de Narcóticos y Aplicación de la Ley (INL, por sus siglas en inglés) del Departamento de Estado de los Estados Unidos. La publicación se desarrolló bajo el contrato número SAQMPD07D0116, Servicios de Apoyo a la Reducción de la Demanda, entre INL y Alvarez & Associates, con la participación de JBS International, Inc. (JBS) como entidad subcontratista. Algunos materiales de este curso fueron desarrollados por JBS para Family Health International Hanoi, Vietnam, bajo un contrato financiado por la Agencia de Desarrollo Internacional de los Estados Unidos. Este manual ha sido sometido a diversas revisiones bajo la supervisión de Plan Colombo. Queremos agradecer a los siguientes miembros del Comité de Revisión por Pares y al Grupo Consultivo de Expertos en Tratamientos por sus importantes contribuciones a la revisión de este Curso.

Comité de Revisión por Pares

1. Kimberly A. Johnson, Ph.D., Directora Ejecutiva, Consorcio Internacional de Universidades para la Reducción de la Demanda de Drogas, Estados Unidos.
2. Rodrigo Portilla Huidobro, M.P.H., ICAP II, Gerente de Proyectos para América Latina y el Caribe, Programa de Asesoramiento sobre Drogas (DAP), Plan Colombo, Chile.
3. Yatan Pal Singh Balhara, Ph.D., Profesor Adjunto de Psiquiatría, Centro Nacional de Tratamiento de la Dependencia de Drogas (NDDTC por sus siglas en inglés) y Departamento de Psiquiatría, All India Institute of Medical Sciences (AIIMS), India.
4. V. Thirumagal, Ph.D., ICAP II, NCAC I, Consultor Independiente, India.
5. Yvonne Olando, Ph.D., Psicóloga Clínica/Profesora a Tiempo Parcial, University of Nairobi, Kenia.
6. Evelyn Bordone, Psiquiatra – Manejo de la Atención – CENPTRA (Centro Nacional para la Prevención y el Control de la Adicción) – Paraguay.
7. Luis Diego Camacho Madrigal, Máster en Psicología Clínica, Profesor, Universidad de Costa Rica y Universidad Estatal a Distancia UNED, Costa Rica.
8. Ítalo García, Máster en Psicología, Consultor para ONUDD (América Latina), Chile.
9. Juan Carlos Urias, Psicología, Universidad Centroamericana José Simeón Cañas, El Salvador.
10. Julia Alvarado Santis, MA, Asesora, Programa de Asesoramiento sobre Drogas, Plan Colombo, Chile.
11. Gabriel Rossi, Asesor, Programa de Asesoramiento sobre Drogas, Plan Colombo, Uruguay.

Grupo Consultivo de Expertos en Tratamientos

1. Bruno Bui, Oficial de Asuntos Externos, Oficina de Asuntos Internacionales de Narcóticos y Aplicación de la Ley (INL), Departamento de Estado de los EE.UU.
2. Nathalie Panabokke, Ph.D., Directora (Interina), Programa de Asesoramiento sobre Drogas, Plan Colombo, Sri Lanka.
3. Becky Vaughn, B.S. Ed., Directora, Centro Global de Acreditación y Certificación (GCCC por sus siglas en inglés), Programa de Asesoramiento sobre Drogas, Plan Colombo, EE.UU.
4. Mariano Montenegro, MD, MSc., Director Oficina para América Latina y el Caribe, Plan Colombo, Formador para la ONUDD, América Latina y el Caribe, Chile.

5. George Murimi, KCAC III, Gerente de Proyectos para África, Programa de Asesoramiento sobre Drogas, Plan Colombo, África.
6. Nyein Zaw Htet Doe, M.B.B.S.,M.P.H, ICAP 1, Gerente de Programa – Desarrollo de Currículos (Tratamiento), Programa de Asesoramiento sobre Drogas, Plan Colombo, Myanmar.
7. Rodrigo Portilla Huidobro, M.P.H., ICAP II, Gerente de Proyectos, Programa de Asesoramiento sobre Drogas, Plan Colombo, Chile.
8. Nancy Dudley, M.S., Presidenta, Resilient Soul Services, Inc. Chevy Chase, Maryland, EE.UU.
9. Clemente Abella Jr, Mac RGc RC ICAP III, Director de Programa, Serenity in the Steps, Filipinas.
10. Dr. Shamil Wanigaratne, Director de NRC Training Institute , Asesor Senior del Director General, NRC, Abu Dhabi.
11. Roger H. Peters, Ph.D., Profesor y Académico Fullbright, Director del Centro de Coordinación de UTC-UPC para las Universidades de América del Norte, Vicepresidente del Consorcio Internacional de Universidades para la Reducción de la Demanda de Drogas, Departamento de Derecho y Política de Salud Mental, Louis de la Parte Florida and Community Sciences, University of South Florida, EE.UU.
12. Dr. Richard Gakunju, Director Clínico y Consultor Principal, Kenia.
13. Dra. Edna Luz Abulon, Profesora VI, Philippine Normal University, Filipinas.

Un agradecimiento especial para Brian Morales, Jefe de la Subdivisión Antinarcóticos, y para Charlotte Sisson, Oficial Senior de Relaciones Exteriores, Programa de Reducción de la Demanda de Drogas, ambos de la Oficina de Asuntos Internacionales de Narcóticos y Aplicación de la Ley (INL) del Departamento de Estado de los Estados Unidos, por su orientación y apoyo en el proceso general de elaboración del currículo.

También quisiéramos agradecer a Nancy Dudley por la revisión editorial, a Yasodara Hiripitiya (Oficial de Programas - DAP) y a Nuwan Wickramasinghe (Diseñador Gráfico Senior - DAP) por su ayuda en la toma de notas de las reuniones y en el diseño gráfico del manual.

Edición en Español:

Coordinación general: Rodrigo Portilla y Jo Rivas

Colaboración técnica: Gabriel Rossi, Marta Oliva y Julia Alvarado

Traducción: Cristina Véjar

Diseño gráfico: Sebastián Vicente

Editado en Santiago, Chile | 2024

Cláusula de Exención de Responsabilidad

Las intervenciones de tratamiento de trastornos por uso de sustancias descritas o referidas en este documento no necesariamente reflejan la posición oficial de INL o del Departamento de Estado de los Estados Unidos. Las directrices entregadas en este documento no deben considerarse como sustitutos de la atención personalizada.

4ª Edición

Publicada en 2020 - Sri Lanka

ÍNDICE

Parte I — Orientación para el/la Participante

Orientación para el/la Participante	1
---	---

Parte II — Módulos de la Capacitación

Módulo 0 — Departamento de Estado de los EE.UU	5
Módulo 1 — Introducción a la Capacitación	19
Módulo 2 — Introducción al Uso de Sustancias Psicoactivas	49
Módulo 3 — La Ciencia de la Adicción	75
Módulo 4 — El Estigma Social	131
Módulo 5 — Las Sustancias de Abuso: Características y Consecuencias.....	153
Módulo 6 — Integración del Aprendizaje en la Práctica	223

Parte III — Anexos

Anexo A — Glosario	227
Anexo C — Recursos	229
Anexo C — Reconocimientos especiales	231



Aviso de Difusión y de Dominio Público

Todos los materiales del Currículo Universal (UC) que figuran en este curso, excepto aquellos tomados directamente de fuentes protegidas por derechos de autor, son de dominio público y pueden ser reproducidos, o copiados por Proveedores de Educación (EPs por sus siglas en inglés) y sus estudiantes, sin autorización previa del Departamento de Estado de los EE.UU./INL o de los autores. Los manuales y las diapositivas en PowerPoint sólo pueden ser compartidos con Proveedores de Educación (EPs) designados y sus usuarios autorizados (p. ej., miembros y administradores del equipo de capacitación de los EPs). Para convertirse en Proveedor de Educación, un gobierno, una universidad o una organización de la sociedad civil debe ponerse en contacto con un Centro de Coordinación Regional para solicitar acceso. El acceso se otorga una vez se haya firmado un Formulario de Autorización de Usuario o un Memorándum de Entendimiento. El directorio de actuales Proveedores de Educación se encuentra disponible en: <https://www.issup.net/training/education-providers>.

Los EPs pueden difundir la serie completa del currículo, uno o más cursos completos, o uno o más módulos completos. En tales casos, se les solicita documentar toda capacitación del UC en el sitio web de ISSUP. También pueden incorporar los materiales del UC en sus propios materiales académicos/de capacitación, en cuyo caso se agradecerá citar la fuente.

Esta publicación no puede ser distribuida mediante el pago de una tarifa, como no sea el simple costo de reproducción, sin la autorización específica y por escrito de INL.

Orientación para el/la participante

Introducción

¡Bienvenidos(as)! Esta capacitación les proporcionará conocimientos sobre la fisiología de la adicción como una enfermedad cerebral y les mostrará los efectos y consecuencias de las sustancias psicoactivas.

El Curso 1 del UTC: *Introducción a la Ciencia de la Adicción* forma parte de una serie de capacitación desarrollada por el Programa de Asesoramiento sobre Drogas (DAP) de Plan Colombo, con financiamiento del Departamento de Estado de los Estados Unidos. Se puede obtener información adicional sobre Plan Colombo en <http://www.colombo-plan.org>.

El objetivo general de esta serie de capacitación es disminuir los graves problemas de salud, sociales y económicos asociados a los Trastornos por Uso de Sustancias (TUS), mediante la construcción de capacidades de tratamiento a nivel internacional a través de la capacitación, la profesionalización y la expansión de la fuerza laboral global de tratamiento. La capacitación prepara a los/las terapeutas para su certificación profesional a nivel básico, proporcionándoles la información más reciente sobre los TUS y su tratamiento, así como actividades prácticas para desarrollar capacidades, confianza y competencia.

¡Les felicitamos por destinar tiempo a aprender más sobre su trabajo!

La Capacitación

Los seis módulos de esta serie de capacitación se pueden impartir en 3 días consecutivos o en el transcurso de varias semanas o meses. Sus capacitadores(as) les han proporcionado una agenda específica.

El enfoque de aprendizaje de esta capacitación incluye:

- Presentaciones y debates dirigidos por el capacitador(a);
- Uso frecuente de actividades creativas dirigidas por los/las participantes, tales como ejercicios y presentaciones en grupos pequeños y en parejas;
- Ejercicios de escritura reflexivos;
- Revisiones periódicas para aumentar la retención del aprendizaje; y
- Ejercicios de evaluación del aprendizaje.

¡Su participación activa es esencial para que esta sea una experiencia de aprendizaje positiva y productiva!

Metas y Objetivos del Curso 1

Metas de la Capacitación

- Proporcionar a los/las participantes una comprensión de la fisiología de la adicción como una enfermedad cerebral; y
- Proporcionar a los/las participantes información sobre la farmacología de las sustancias psicoactivas.

Objetivos de Aprendizaje

Los/las participantes que completen el Curso 1 serán capaces de:

- Nombrar y describir en forma concisa cuatro clases de sustancias psicoactivas;
- Describir las formas de consumo de las sustancias psicoactivas;
- Definir los trastornos por uso de sustancias;
- Definir la dependencia fisiológica;
- Definir la adicción;
- Describir de manera concisa las formas en que el uso de sustancias afecta la comunicación cerebral normal;
- Definir y describir el concepto de estigma; y
- Describir los efectos y consecuencias de al menos seis sustancias psicoactivas.

Materiales de la Capacitación

Los materiales de la capacitación incluyen:

- Este *Manual del/de la Participante*;
- Un cuaderno; y

Cada módulo de su *Manual del/de la Participante* incluye:

- Metas de la capacitación y objetivos de aprendizaje para el módulo;
- Un programa de trabajo;
- Diapositivas en PowerPoint con espacio para que tomen notas;
- Páginas de Apoyo con información adicional o con instrucciones y materiales para los ejercicios; y
- Un resumen del módulo.

El *Manual del/de la Participante* también consta de un glosario (Anexo A) y de una lista de recursos (Anexo B).

Sus capacitadores(as) les entregarán un cuaderno para que lo utilicen como su diario personal. Podrán utilizar este cuaderno de diversas maneras. Podrán tomar nota de:

- Recursos compartidos que les gustaría revisar más adelante;
- Temas sobre los que les gustaría leer más;
- Un principio sobre el que les gustaría reflexionar más;

- Una técnica que les gustaría intentar;
- Formas en que podrían aplicar en su trabajo algunos de los puntos que están aprendiendo; y
- Posibles obstáculos para utilizar los nuevos conocimientos.

Por otra parte, sus capacitadores(as) les pedirán completar breves tareas de escritura.

La publicación TAP 21 se desarrolló en los Estados Unidos para proporcionar una base común sobre la cual fundamentar la capacitación y la certificación de los/las profesionales en adicciones. La publicación aborda las siguientes interrogantes:

- ¿Qué estándares profesionales deben guiar a los/las terapeutas que trabajan con personas que padecen TUS?
- ¿Cuál sería un alcance de práctica apropiado para el campo de la consejería para los TUS?
- ¿Qué competencias se asocian a resultados positivos del tratamiento?
- ¿Qué conocimientos, habilidades, y actitudes deben tener en común todos los/las profesionales del tratamiento de los TUS?

La publicación TAP 21 puede ser una referencia útil para ustedes. Sin embargo, tengan presente que desarrollar competencia en consejería requiere tiempo y experiencia. La publicación TAP 21 representa un conjunto ideal de metas y no un punto de partida. ¡No se sientan abrumados(as)! Lo lograrán.

Para obtener el mejor provecho de su experiencia de capacitación

Para obtener el mejor provecho de su experiencia de capacitación:

- Si tienen un supervisor(a), hablen con él o ella antes de comenzar la capacitación. Descubran cuáles son sus expectativas con respecto a ustedes.
- Reflexionen sobre qué quieren aprender de cada módulo.
- Acudan preparados(as) a cada sesión; revisen las páginas del manual correspondientes a los módulos que se presentarán.
- Sean participantes activos(as). Participen en los ejercicios, formulen preguntas, escriban en sus cuadernos, y reflexionen sobre la información adicional que necesitarán.
- Hablen con sus supervisores(as) [o con sus compañeros(as) de trabajo, si no tienen supervisor(a)] después de la capacitación. Hablen de lo que han aprendido para asegurarse de entender cómo la información se relaciona con su trabajo.
- Conversen con sus supervisores(as) o compañeros(as) de trabajo sobre las formas en que podrían poner en práctica lo aprendido, y continuar avanzando.
- **¡Diviértanse!**

Módulo 0

DEPARTAMENTO DE ESTADO DE LOS EE.UU.

UTC

Currículo de Tratamiento Universal para
Trastornos por Uso de Sustancias



¡Felicitaciones!

“ Como participante en esta capacitación, se está uniendo a una comunidad global en rápido crecimiento de profesionales en el uso de sustancias ”



U.S. DEPARTMENT of STATE 2 MODULE - 0

¿Cómo se define esta comunidad global de profesionales del uso de sustancias?

En la última década, un número creciente de personas:

- ✓ han sido entrenados
- ✓ se han acreditado
- ✓ estudian en universidades con programas especializados en adicciones
- ✓ operan en el contexto de un sistema de control de drogas más grande
- ✓ se han adherido a los enfoques basados en la ciencia y la investigación
- ✓ se han unido a asociaciones de profesionales de uso de sustancias
- ✓ han establecido redes a través de las asociaciones de profesionales



U.S. DEPARTMENT of STATE

3

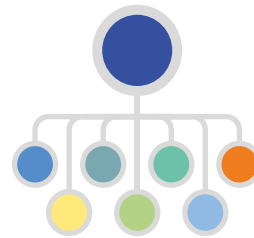
MODULE - 0

¿Quiénes son los miembros de esta comunidad global de profesionales de uso de sustancias?



Personas que trabajan en todo el mundo en los campos de prevención y tratamiento del uso de sustancias tanto en el sector público como privado

Organizaciones que actúan como portales o "puertas" para que las personas se unan a la comunidad global



U.S. DEPARTMENT of STATE

4

MODULE - 0



ISSUP es la sigla para International Society of Substance Use Professionals, Sociedad Internacional de Profesionales del Uso de Sustancias

- ✓ ISSUP fue lanzado por INL en 2015 como una organización no gubernamental global, sin fines de lucro, para profesionalizar la fuerza laboral mundial de prevención y tratamiento.
- ✓ ISSUP brinda a los miembros oportunidades para compartir conocimientos, intercambiar experiencias y mantenerse al día con la investigación actual en el campo

Cont.



U.S. DEPARTMENT of STATE

5

MODULE - 0

ISSUP es la sigla para International Society of Substance Use Professionals, Sociedad Internacional de Profesionales del Uso de Sustancias

- ✓ Existen más de 10,000 miembros de ISSUP alrededor del mundo.
- ✓ Únase en forma gratuita a uno de los 4 niveles de membresía en:
www.issup.net
- ✓ Puede obtener créditos por este y otros cursos por ISSUP



U.S. DEPARTMENT of STATE

6

MODULE - 0



ICUDDR es la sigla para International Consortium of Universities for Drug Demand Reduction, Consorcio Internacional de Universidades para la Reducción de la Demanda.

- ✓ Es un consorcio global de universidades para promover programas académicos enfocados en prevención y tratamientos basados en la ciencia
- ✓ Es un foro colaborativo para individuos de organizaciones para apoyar y compartir currículos, particularmente este serie de Curriculum Universal, y experiencias en la enseñanza y entrenamiento

Cont.



U.S. DEPARTMENT of STATE

7

MODULE - 0

ICUDDR es la sigla para International Consortium of Universities for Drug Demand Reduction, Consorcio Internacional de Universidades para la Reducción de la Demanda.



Conozca más acerca de programas especializados en adicciones en universidades alrededor del mundo en www.icuddr.com



U.S. DEPARTMENT of STATE

8

MODULE - 0



GCCC es la sigla para Global Centre for Credentialing and Certification of Addiction Professionals, Centro Global para Acreditación y Certificación de Profesionales en Adicciones

- ✓ Las horas que dedica a esta capacitación pueden registrarse en GCCC y calificarlo para los exámenes y las credenciales profesionales.
- ✓ Las credenciales de GCCC lo ayudarán a acelerar su carrera al indicar su pasión y compromiso con los altos estándares

Cont.



U.S. DEPARTMENT of STATE

9

MODULE - 0

GCCC es la sigla para Global Centre for Credentialing and Certification of Addiction Professionals, Centro Global para Acreditación y Certificación de Profesionales en Adicciones



Obtenga información sobre cómo aplicar lo último en prevención y tratamiento basados en la investigación en: www.globalccc.org



U.S. DEPARTMENT of STATE

10

MODULE - 0



¿Quién financia y apoya a esta comunidad global de profesionales del uso de sustancias?

La Oficina de Asuntos Internacionales de Narcóticos y Aplicación de la Ley (INL) del Departamento de Estado de EE.UU., financiada por el contribuyente estadounidense



U.S. DEPARTMENT of STATE

11

MODULE - 0

¿Dónde se reúne esta comunidad global de profesionales del uso de sustancias?

- ✓ Digitalmente, a través de ISSUP y sus redes y
- ✓ Presencialmente: a través de capacitaciones, en entornos de campus universitarios y en conferencias celebradas a nivel global, nacional, regional y local.



U.S. DEPARTMENT of STATE

12

MODULE - 0

¿Cómo opera esta comunidad global de profesionales del uso de sustancias?

En el contexto de un marco internacional más amplio de control de drogas con 3 partes clave:

- Los tres tratados o "convenios" internacionales de fiscalización de drogas de las Naciones Unidas
- Comisión de Estupefacientes (CND por sus siglas en inglés)
- Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (INCB por sus siglas en inglés)



U.S. DEPARTMENT of STATE

13

MODULE - 0

¿Cuáles son las organizaciones internacionales clave que operan en el contexto de este marco de control de drogas más amplio?



DAP
Drug Abuse Program

El Programa de Asesoramiento sobre Drogas (DAP por sus siglas en inglés) de Plan Colombo.



Inter-American Drug Abuse Control Commission

La Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la Organización de Estados Americanos (OEA).



AFRICAN UNION

La Comisión de la Unión Africana (AUC por sus siglas en inglés).



UNODC

La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD).



World Health Organization

La Organización Mundial de la Salud (OMS).



U.S. DEPARTMENT of STATE

14

MODULE - 0



¿Cómo puedo participar en esta comunidad global de profesionales del uso de sustancias?

¡La forma más fácil es transformarse en un miembro activo de ISSUP!

- ✓ Regístrese en forma gratuita en el sitio web de ISSUP en www.issup.net
- ✓ Seleccione el ícono "Hazte miembro"
- ✓ Seleccione uno de los cuatro niveles de membresía – todos gratuitos!
- ✓ Comience a establecer contactos con otros de manera continua

¡Solo toma unos minutos registrarse y puede conectarse de inmediato con más de 10,000 miembros de ISSUP en todo el mundo!



U.S. DEPARTMENT of STATE

15

MODULE - 0

¿Cuáles son los beneficios reales de ser un miembro activo de esta comunidad global de profesionales del uso de sustancias? Usted puede:

- ✓ Mantenerse informado
- ✓ Implementar mejores prácticas
- ✓ Acceder a capacitación y tutoría
- ✓ Convertir el entrenamiento en credenciales
- ✓ Acceder a ofertas de trabajo
- ✓ Acceder a investigaciones actualizadas
- ✓ Unirse a una red profesional
- ✓ Interactuar con otras redes profesionales.



U.S. DEPARTMENT of STATE

16

MODULE - 0

LLAMADA A LA ACCIÓN

Próximos pasos

1. Únase a ISSUP en www.issup.net
2. Complete este entrenamiento para obtener créditos
3. Envíe sus créditos a GCCC en www.globalccc.org

Participe en ISSUP

- Publique en ISSUP: Encuentre instrucciones sencillas sobre cómo publicar en el sitio web de ISSUP
- Involucre a las redes de ISSUP: conéctese con colegas y amplíe su impacto



U.S. DEPARTMENT of STATE

17

MODULE - 0

Módulo 1

INTRODUCCIÓN A LA CAPACITACIÓN

<i>Contenido y Programa de Trabajo</i>	21
<i>Metas de la capacitación y objetivos de aprendizaje</i>	21
<i>Diapositivas en PowerPoint</i>	22
<i>Páginas de Apoyo</i>	40
<i>Resumen</i>	46

Contenido y Programa de Trabajo		
Actividad	Duración	Persona responsable
Ceremonia de Bienvenida	20 minutos	
Bienvenida del capacitador(a), temas administrativos y reglas básicas	10 minutos	
Ejercicio en parejas: Presentaciones Personales	60 minutos	
Presentación: Materiales de la Capacitación	15 minutos	
Receso	15 minutos	
Presentación: ¿Por qué esta capacitación?	15 minutos	
Ejercicio en grupo grande: Expectativas de la Capacitación	15 minutos	
Ejercicio en parejas: Terminología	60 minutos	
Almuerzo	60 minutos	

Metas y Objetivos del Módulo 1

Metas de la Capacitación

- Crear una comunidad y un ambiente de aprendizaje positivo;
- Brindar a los/las participantes información de contexto sobre por qué se está llevando a cabo la capacitación;
- Proporcionar a los/las participantes un resumen de las metas generales de la capacitación, de los objetivos y del enfoque de aprendizaje del curso; e
- Introducir cierta terminología básica relacionada con la fisiología y la farmacología del uso de drogas y la adicción.

Objetivos de Aprendizaje

Los/Las participantes que completen el Módulo 1 serán capaces de:

- Explicar las metas generales y como mínimo cuatro objetivos de esta capacitación de 3 días;
- Señalar al menos una meta de aprendizaje personal; y
- Señalar y definir al menos cinco términos relacionados con la fisiología y la farmacología del uso de drogas y la adicción.



UTC

Currículo de Tratamiento Universal para
Trastornos por Uso de Sustancias

Introducción a la Ciencia de la Adicción

Curso 1

MODULO 1

INTRODUCCIÓN A
LA CAPACITACIÓN



Módulo 1 – Objetivos de Aprendizaje

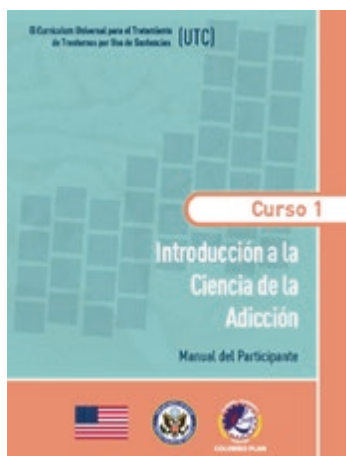
- Explicar las metas generales y como mínimo cuatro objetivos de esta capacitación de 3 días.
- Definir al menos una meta de aprendizaje personal.
- Señalar y definir al menos cinco términos relacionados con la fisiología y la farmacología del uso de drogas y la adicción.
- Describir como mínimo 5 términos relacionados con la Ciencia de la Adicción.

1.2

- ¿Cuál es su nombre?
- ¿Qué cargo ocupa en la institución donde trabaja? ¿En qué consiste su trabajo?
- ¿Para qué institución trabaja? ¿Dónde está ubicada?
- ¿Qué enseñanza o valor importante le transmitieron sus mayores que intenta aplicar en su vida personal y profesional hoy en día?
- ¿Puede contarme una experiencia divertida reciente o un dato interesante sobre usted (podría ser una habilidad especial, un interés, un pasatiempo, etc.)?

1.3

Materiales de Capacitación



1.4

Receso
15 minutos

1.5

El Problema Global



■ 269 millones de personas entre las edades de 15 y 64 años usaron sustancias ilícitas en al menos una ocasión en el 2018.

Fuente: ONUDD. (2020). Informe Mundial sobre las Drogas 2020. New York: United Nations.

1.6

El Problema Global

- 35.6 millones de personas sufren trastornos por uso de sustancias.
- Las personas que sufren trastornos por uso de sustancias requieren tratamiento.

Fuente: ONUDD. (2020). Informe Mundial sobre las Drogas 2020. New York: United Nations.

1.7

Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales – 5 (DSM-5)

- Publicado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría.
- Proporciona criterios estándar para la clasificación de los trastornos mentales.
- El Trastorno por Uso de Sustancias (TUS) se define como un patrón desadaptativo de uso de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresados en al menos 2 de los 11 criterios en algún momento durante un período continuado de 12 meses (DSM-5).
- El nivel de gravedad se mide según un continuo que varía de leve a severo.

Fuente: American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: Author

1.8

Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11)

- Publicada por la OMS, y cubre la salud como un todo.
- Abarca más tipos de sustancias que la CIE-10.
- Los trastornos por el uso de sustancias se caracterizan por el patrón de consumo y sus consecuencias. La CIE-11 los clasifica de la siguiente forma:
 - Episodio único de uso perjudicial de sustancias.
 - Patrón de uso perjudicial de sustancias.
 - Dependencia de sustancias.
 - Intoxicación.
 - Abstinencia.

ICD-11 : International Classification of Disease for Mortality and Morbidity Statistics. (Eleventh Revision ed.): World Health Organisation.

1.9

El Problema Global

- Aproximadamente 11.3 millones de personas se inyectaban drogas en el año 2018.
- Alrededor de un 12.6% de las personas que se inyectan drogas vive con VIH, lo que corresponde a 1.4 millones de personas.
- Alrededor de un 48.5% de personas que se inyectan drogas, o unos 5.5 millones de personas, viven con Hepatitis C.

ONUDD. (2020). Informe Mundial sobre las Drogas 2020. New York: United Nations.

1.10

El Problema Global

- Las consecuencias globales de los TUS son de gran alcance e incluyen:
 - Tasas más altas de hepatitis y tuberculosis.
 - Pérdida de productividad.
 - Lesiones y muertes causadas por accidentes automovilísticos y otros accidentes.
 - Muertes por sobredosis.
 - Suicidios.
 - Violencia.

1.11

■ “Continúa existiendo una enorme necesidad no cubierta en cuanto a la prevención, tratamiento, atención y apoyo para los trastornos por uso de drogas, especialmente en los países en desarrollo”.

Fuente: ONUDD. (2011). Informe Mundial sobre las Drogas 2011 (p. 9). New York: United Nations.

1.12

Metas de la Serie de Capacitación

- Desarrollar la capacidad de tratamiento a nivel internacional a través de:
 - ▣ Capacitación
 - ▣ Profesionalización
 - ▣ Ampliación de la fuerza laboral.

1.13

Cursos de la Serie

- **El Curso 1:** *Introducción a la Ciencia de la Adicción* (este curso, 3 días).

1.14

Cursos de la Serie

- **El Curso 2 del UTC:** *Tratamiento de los Trastornos por Uso de Sustancias – El Continuo de la Atención para Profesionales en Adicciones* (5 días).
 - Proporciona las bases para comprender el tratamiento de los TUS y el continuo de la atención.
 - Proporciona una visión general de la recuperación y del manejo de la recuperación, de las etapas del cambio, de los componentes del tratamiento de los TUS, y de las prácticas basadas en la evidencia.

1.15

Cursos de la Serie

■ El Curso 3 del UTC: *Trastornos Médicos y Mentales Co-ocurrentes Comunes — Una Visión General para Profesionales en Adicciones* (3 días).

- Proporciona una visión general de los trastornos co-ocurrentes (TCO), y la relación entre ellos.
- Analiza el tratamiento de los TCO y de los problemas asociados, así como de los trastornos mentales y médicos que comúnmente co-ocurren con los TUS.

1.16

Cursos de la Serie

■ El Curso 4 del UTC: *Habilidades Básicas de Consejería para Profesionales en Adicciones* (5 días).

- Proporciona una comprensión básica de la relación terapéutica.
- Proporciona oportunidades para aumentar las habilidades de consejería y de la entrevista motivacional.
- Introduce la psicoeducación y el desarrollo de habilidades de recuperación como componentes del tratamiento de los TUS.

1.17

Cursos de la Serie

■ **El Curso 5 del UTC:** *Ingreso, Detección, Evaluación, Planificación y Documentación del Tratamiento para Profesionales en Adicciones* (5 días).

- Proporciona una visión general de un proceso eficaz e integrado de detección, evaluación y planificación del tratamiento en el tratamiento de los TUS.
- Introduce el uso de herramientas válidas de detección y de evaluación.
- Destaca la importancia de la documentación en el proceso.

1.18

Cursos de la Serie

■ El Curso 6 del UTC: *El Manejo de Casos para Profesionales en Adicciones* (2 días)

- Proporciona conocimientos sobre el manejo de casos en el tratamiento de los TUS.
- Describe las funciones del manejo de casos (planificación, vinculación, monitoreo, defensoría, consultas y colaboración)
- Proporciona oportunidades para poner en práctica el manejo de casos.

1.19

Cursos de la Serie

■ El Curso 7 del UTC: *Intervención en Crisis para Profesionales en Adicciones* (2 días).

- Desarrolla una comprensión de la crisis.
- Proporciona pautas para el manejo de las crisis, para el manejo de riesgos de suicidio, y para evitar las crisis personales (autocuidado del/de la terapeuta).

1.20

■ **El Curso 8 del UTC:** *Ética para Profesionales en Adicciones* (4 días).

- Desarrolla una comprensión de la ética en la práctica del tratamiento de los TUS.
- Proporciona una visión general de las normas de la conducta profesional definidas en el Código de Ética.
- Introduce el modelo de la toma de decisiones éticas y proporciona oportunidades para la práctica.

1.21

Metas y Objetivos del Curso 1

- Proporcionar a los/las participantes una comprensión de la fisiología de la adicción como una enfermedad cerebral.
- Proporcionar a los/las participantes información sobre la farmacología de las sustancias psicoactivas.

1.22

Curso 1 - Objetivos de Aprendizaje

- Nombrar y describir en forma concisa cuatro clases de sustancias psicoactivas.
- Describir las formas de consumo de las sustancias psicoactivas.
- Definir los trastornos por uso de sustancias.
- Definir la dependencia fisiológica.
- Definir la adicción.
- Describir de manera concisa las formas en que el uso de sustancias afecta la comunicación cerebral normal.
- Definir y describir el concepto de estigma.
- Describir los efectos y consecuencias de al menos seis sustancias psicoactivas.

1.23

1.24

Ejercicio en parejas: Terminología

- Observen sus términos.
- Encuentren la definición para cada uno de sus términos.

1.25



Almuerzo
60 minutos

1.26

Página de Apoyo 1.1:

Criterios para el Diagnóstico de los Trastornos por Uso de Sustancias del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5)

El Trastorno por Uso de Sustancias (TUS) es un patrón problemático de consumo de una sustancia intoxicante que produce un deterioro o malestar clínicamente significativo que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

1. La sustancia a menudo se consume en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fallidos de abandonar o de controlar el uso de la sustancia.
3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir la sustancia, consumirla o recuperarse de sus efectos.
4. Cravings o deseos intensos o impulsos de usar la sustancia.
5. Uso recurrente de la sustancia que lleva al incumplimiento de obligaciones importantes en el trabajo, lugar de estudio, o el hogar.
6. Uso continuado de la sustancia a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos de su uso.
7. Se abandonan o se dedica menos tiempo a actividades sociales, profesionales o recreacionales importantes debido al uso de la sustancia.
8. Uso recurrente de la sustancia en situaciones en las que es físicamente peligroso.
9. Se continúa con el uso de sustancias a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por la sustancia.
10. Tolerancia, definida por una de las siguientes situaciones:
 - a. Una necesidad de usar cantidades notoriamente mayores de una sustancia para lograr la intoxicación o el efecto deseado.
 - b. Un efecto notablemente reducido tras el uso continuado de la misma cantidad de la sustancia.
11. Abstinencia, manifestada por:
 - a. El síndrome de abstinencia característico de la sustancia (excluye la fenciclidina, otros alucinógenos e inhalantes).
 - b. La sustancia (o alguna sustancia muy similar) es consumida para aliviar o evitar los síntomas de la abstinencia.



Nota: Este criterio no se considera cumplido para quienes toman opioides, sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, o medicamentos estimulantes únicamente bajo supervisión médica adecuada.

<https://www.drugabuse.gov/publications/media-guide/science-drug-abuse-addiction-basics>

Página de Apoyo 1.2:

Clasificación de Trastornos Mentales y Conductuales — CIE-11

Los trastornos debidos al uso de sustancias incluyen episodios únicos de uso perjudicial de sustancias, trastornos por uso de sustancias (uso perjudicial de sustancias y dependencia de sustancias) y los trastornos inducidos por sustancias, tales como la intoxicación por sustancias, la abstinencia de sustancias y los trastornos mentales inducidos por sustancias, las disfunciones sexuales y los trastornos del sueño-vigilia.

Trastornos debidos al uso de sustancias

Los trastornos debidos al uso de sustancias se caracterizan por el patrón de uso y sus consecuencias. Además de la intoxicación por sustancias, éstas tienen propiedades inductoras de la dependencia, lo que da lugar a la dependencia de sustancias en algunas personas y a la abstinencia de sustancias cuando se reduce o se interrumpe su uso. La sustancia causa una amplia gama de daños que afectan a la mayor parte de los órganos y sistemas del organismo, los que podrían clasificarse como episodio único de uso perjudicial y patrón de uso perjudicial. El daño a terceras personas ocasionado por comportamientos durante la intoxicación por sustancias se incluye en las definiciones del uso perjudicial de sustancias. Se reconocen diversos trastornos mentales inducidos por sustancias y formas de deterioro neurocognitivo relacionado con sustancias.

Episodio único de uso perjudicial de sustancias.

Un episodio único de uso de una sustancia, que ha causado daños a la salud física o mental de una persona o que ha dado lugar a un comportamiento que ha provocado daños a la salud de otras personas. El daño provocado a la salud de la persona ocurre debido a uno o más de los siguientes hechos:

1. comportamiento relacionado con la intoxicación;
2. efectos tóxicos directos o secundarios en órganos y sistemas del organismo; o
3. una vía de administración perjudicial.

El daño a la salud de los demás incluye toda forma de daño físico, incluyendo el trauma o el trastorno mental, que sea directamente atribuible al comportamiento relacionado con la intoxicación por la sustancia por parte de la persona a la que se aplica el diagnóstico de episodio único de uso perjudicial.

Este diagnóstico no debe realizarse si el daño se atribuye a un patrón conocido de uso de sustancias.

Exclusión

- Patrón de uso perjudicial de sustancias.
- Dependencia de sustancias.

Patrón de uso perjudicial de sustancias.

Un patrón de uso de sustancias psicoactivas que ha causado daño a la salud física o mental de una persona o que ha dado lugar a un comportamiento que ha provocado daños a la salud de otras personas. El patrón de uso de sustancias psicoactivas es evidente durante un período de al menos 12 meses si el uso de sustancias es episódico o de al menos un mes si el uso es continuo. El daño provocado a la salud de la persona ocurre debido a uno o más de los siguientes hechos:

1. comportamiento relacionado con la intoxicación;
2. efectos tóxicos directos o secundarios en órganos y sistemas del organismo; o
3. una vía de administración perjudicial.

El daño a la salud de los demás incluye toda forma de daño físico, incluyendo el trauma o el trastorno mental, que sea directamente atribuible al comportamiento relacionado con la intoxicación por la sustancia psicoactiva por parte de la persona a la que se aplica el diagnóstico de patrón de uso perjudicial de sustancias psicoactivas.

Exclusión.

- Dependencia de sustancias.
- Episodio de uso perjudicial de sustancias

Dependencia de sustancias.

La dependencia de una sustancia psicoactiva es un trastorno de la regulación del uso de la sustancia psicoactiva que surge del uso repetido o continuo de la sustancia psicoactiva. El rasgo característico es:

- Un fuerte impulso interno de usar la sustancia psicoactiva, que se manifiesta como una incapacidad de controlar el uso, aumentando la prioridad otorgada al consumo por sobre otras actividades, y la persistencia del uso a pesar del daño o las consecuencias negativas. Estas experiencias suelen ir acompañadas de una sensación subjetiva de necesidad o deseo intenso de consumir la sustancia psicoactiva.
- También podrían estar presentes las características fisiológicas de la dependencia, incluyendo la tolerancia a los efectos de la sustancia psicoactiva, los síntomas de abstinencia después del cese o la reducción en el uso de la sustancia psicoactiva, o el consumo repetido de la sustancia psicoactiva o de sustancias farmacológicamente similares para prevenir o aliviar los síntomas de abstinencia.

Las características de la dependencia suelen ser evidentes durante un período de al menos 12 meses, pero el diagnóstico podría realizarse si el uso de la sustancia psicoactiva es continuo (diario o casi diario) durante al menos 1 mes.

Exclusión.

- Episodio de uso perjudicial de sustancias
- Patrón de uso perjudicial de sustancias.

Intoxicación

La intoxicación es un estado transitorio clínicamente significativo que se desarrolla durante o poco después del uso de una sustancia psicoactiva y que se caracteriza por alteraciones de la conciencia, de la cognición, de la percepción, del comportamiento afectivo o de la coordinación. Estas alteraciones son causadas por los efectos farmacológicos conocidos de la sustancia psicoactiva y su intensidad está estrechamente relacionada con la cantidad consumida. Los rasgos que se presentan podrían incluir alteraciones de la atención, comportamiento inapropiado o agresivo, labilidad del estado de ánimo, alteración del juicio, mala coordinación, marcha inestable y dificultad para hablar. En niveles más severos de intoxicación, podría producirse estupor o coma.

Abstinencia

La abstinencia es un conjunto clínicamente significativo de síntomas, comportamientos y/o características fisiológicas, que varían en grado de severidad y duración, que se produce tras el cese o la reducción del consumo de alcohol en individuos que han desarrollado una dependencia o que han usado sustancias psicoactivas durante un período prolongado o en grandes cantidades. Los rasgos que presenta la abstinencia podrían incluir hiperactividad autonómica, aumento del temblor de manos, náuseas, arcadas o vómitos, insomnio, ansiedad, agitación psicomotriz, alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias y, distractibilidad. Con menor frecuencia, el estado de abstinencia se complica con convulsiones. El estado de abstinencia podría evolucionar hacia una forma muy grave de delirio caracterizada por confusión y desorientación, delirios y alucinaciones visuales, táctiles o auditivas prolongadas.



Nota: Los criterios de diagnóstico detallados pueden consultarse en el sitio web de la OMS.



Nota: En el momento de la actualización de este Curso, la CIE-11 estaba en las fases finales de revisión y aún no se había publicado formalmente. Sin embargo, con el fin de proporcionar a los capacitandos(as) del Currículo Universal la orientación más reciente y actualizada sobre los trastornos por uso de sustancias, INL y el Grupo Consultivo de Expertos en Tratamiento solicitaron la inclusión del lenguaje de la CIE-11, “en su estado actual”.

Página de Apoyo 1.3:

La Serie de Capacitación a Nivel Básico del Currículo de Tratamiento Universal (UTC) para Trastornos por Uso de Sustancias

- Curso 1 del UTC:** Introducción a la Ciencia de la Adicción **(este curso)**.
- Curso 2 del UTC:** Tratamiento de Trastornos por Uso de Sustancias – El Continuo de la Atención para Profesionales en Adicciones
- Curso 3 del UTC:** Trastornos Médicos y Mentales Co-ocurrentes Comunes — Una Visión General para Profesionales en Adicciones
- Curso 4 del UTC:** Habilidades Básicas de Consejería para Profesionales en Adicciones
- Curso 5 del UTC:** Ingreso, Detección, Evaluación, Planificación y Documentación del Tratamiento para Profesionales en Adicciones
- Curso 6 del UTC:** Manejo de Casos para Profesionales en Adicciones
- Curso 7 del UTC:** Intervención en Crisis para Profesionales en Adicciones
- Curso 8 del UTC:** Ética para Profesionales en Adicciones

Módulo 1 — Introducción a la Capacitación, Resumen

El problema a nivel mundial

- El uso de sustancias psicoactivas continúa representando un problema a nivel mundial. Un estudio realizado por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) reveló que, en el año 2018¹, 269 millones de personas entre las edades de 15 y 64 consumieron sustancias ilícitas al menos en una ocasión en ese año.
- Las sustancias ilícitas consideradas en el estudio incluían opioides, cannabis, cocaína, otros estimulantes de tipo anfetamínico, alucinógenos, y éxtasis, entre otras.
- Una cantidad significativa de personas que usan sustancias psicoactivas desarrolla TUS.
- El trastorno por uso de sustancias es un término general utilizado para describir una gama de problemas asociados al uso de sustancias (incluyendo el uso de drogas ilícitas y el uso indebido de medicamentos prescritos).
- Existen dos sistemas de clasificación que se utilizan en el diagnóstico de los trastornos por uso de sustancias o TUS: el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE).
- El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), publicado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (American Psychiatric Association - APA), ofrece un lenguaje común y criterios estándar para la clasificación de los trastornos mentales.
- En el 2013, la APA actualizó el DSM, reemplazando las categorías de abuso de sustancias y de dependencia de sustancia por una categoría única: el trastorno por uso de sustancias (TUS).
- El TUS se define como un patrón desadaptativo de uso de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresados en al menos 2 de los 11 criterios en algún momento durante un período continuado de 12 meses. El nivel de gravedad se mide según un continuo que varía de leve a severo.
- Los síntomas asociados al TUS se dividen en cuatro grandes grupos: alteración del control, discapacidad social, consumo riesgoso y, criterios farmacológicos (p. ej., tolerancia y abstinencia).
- Otro sistema de clasificación se refiere a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), publicada por la Organización Mundial de la Salud.
- Se diferencia del DSM en que abarca la salud como un todo. Según la CIE-11, los patrones de uso de sustancias psicoactivas se clasifican de la siguiente manera:
 - Episodio único de uso perjudicial de una sustancia psicoactiva – se refiere a un episodio único de uso de una sustancia psicoactiva que ha causado daños a la salud física o mental de una persona o que ha dado lugar a un comportamiento que ha provocado daños a la salud de otras personas.

¹ United Nations Office on Drugs and Crime, World Drug Report 2020

- Uso perjudicial – si el patrón de uso está causando daños a la salud. El daño podría ser físico (como en casos de hepatitis a partir de la autoadministración de drogas inyectadas) o mental (p. ej. episodios de trastorno depresivo como consecuencia del consumo excesivo de alcohol), y
- Dependencia – si el uso de una sustancia o de un tipo de sustancia adquiere mayor prioridad para una persona determinada que otros comportamientos que alguna vez tuvieron un mayor valor. Se produce una compulsión por consumir drogas, y señales físicas de un estado de abstinencia tras la ocurrencia de ésta.
- Intoxicación – un estado transitorio clínicamente significativo que se desarrolla durante o poco después del consumo y que se caracteriza por alteraciones de la conciencia, de la cognición, de la percepción, del comportamiento afectivo o de la coordinación.
- Abstinencia – es un conjunto clínicamente significativo de síntomas, comportamientos y/o características fisiológicas, que varían en grado de severidad y duración, que se produce tras el cese o la reducción del consumo de alcohol en individuos que han desarrollado una dependencia o que han consumido sustancias psicoactivas durante un período prolongado o en grandes cantidades. Las características que presenta la abstinencia podrían incluir hiperactividad autonómica, aumento del temblor de manos, náuseas, arcadas o vómitos, insomnio, ansiedad, agitación psicomotriz; alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias y, distractibilidad.
- El informe de la ONUDD calcula que un total de 35.6 millones de personas entre las edades de 15 y 64 padece trastornos por uso de sustancias. Las personas que son afectadas por los trastornos por uso de sustancias o las que padecen trastornos por uso de sustancias son aquel subconjunto de individuos que usan drogas y que requieren tratamiento, atención de salud y de servicios sociales, y rehabilitación.
- El estudio realizado por las Naciones Unidas también concluyó que:
 - 11.3 millones de personas se inyectaban drogas en el año 2018.
 - Alrededor de un 12.6% de las personas que se inyectan drogas vive con VIH, lo que corresponde a 1.4 millones de personas.
 - Alrededor de un 48.5% de personas que se inyectan drogas, o unos 5.5 millones de personas, viven con Hepatitis C.
- Las consecuencias globales de los TUS son de gran alcance e incluyen, por ejemplo:
 - Tasas más altas de VIH/SIDA; hepatitis y tuberculosis;
 - Pérdida de productividad;
 - Lesiones y muertes causadas por accidentes automovilísticos y otros accidentes;
 - Hospitalizaciones y muertes por sobredosis;
 - Suicidios; y
 - Violencia.
- Las cifras son significativas. El Director Ejecutivo de la ONUDD, Yuri Fedotov (2010-2019), ha señalado que “continúa existiendo una enorme necesidad no cubierta en cuanto a la prevención, tratamiento, atención y apoyo para los trastornos por uso de drogas, especialmente en los países en desarrollo”. Existen varias razones para ello, pero una de ellas es la falta de capacidad de tratamiento adecuada.

La Serie de Capacitación

- Este curso forma parte de una serie de capacitación desarrollada por Plan Colombo, con financiamiento del Departamento de Estado de los Estados Unidos.
- El objetivo general de esta serie de capacitación es disminuir los problemas de salud, sociales y económicos asociados a los TUS, mediante la construcción de capacidades de tratamiento a nivel internacional a través de la capacitación, la profesionalización y la expansión de la fuerza laboral global de tratamiento.
- La serie prepara a los/las terapeutas para la certificación profesional en el nivel básico, proporcionándoles la información necesaria y capacitación en habilidades específicas. Encontrarán un listado de los cursos incluidos en la serie de capacitación en la Página de Apoyo 1.3 de sus manuales.

Otros cursos de la serie.

- El Curso 1 del UTC: Introducción a la Ciencia de la Adicción, es un curso de 3 días de duración que presenta una visión general exhaustiva de la adicción; proporciona una comprensión de la fisiología de la adicción como una enfermedad cerebral; y describe la farmacología de las sustancias psicoactivas.
- El Curso 2 del UTC: Tratamiento de los Trastornos por Uso de Sustancias – El Continuo de la Atención para Profesionales en Adicciones, es un curso básico de 5 días de duración. Proporciona las bases requeridas para aprender sobre el tratamiento de los TUS. No se trata de un curso práctico o basado en habilidades, pero proporciona un contexto para los cursos basados en habilidades de la serie que se impartirán más adelante. Ofrece una visión general de la recuperación y del manejo de la recuperación, de las etapas del cambio, los principios de un tratamiento eficaz, los componentes del tratamiento, los factores que afectan los resultados del tratamiento, y las prácticas basadas en la evidencia, incluyendo la consejería de parejas y de familias.
- El Curso 3 del UTC: Trastornos Médicos y Mentales Co-ocurrentes Comunes — Una Visión General para Profesionales en Adicciones, es un curso de 3 días de duración. También se trata de un curso básico que proporciona una visión general de la relación entre los trastornos co-ocurrentes entre sí y los problemas de tratamiento relacionados con los TUS. Proporciona descripciones breves de los trastornos médicos y mentales más comunes co-ocurrentes con los TUS.
- El Curso 4 del UTC: Habilidades Básicas de Consejería para Profesionales en Adicciones, es un curso basado en habilidades de 5 días de duración. Proporciona una visión general de la relación terapéutica. También ofrece oportunidades para aprender y practicar habilidades básicas de la consejería y de la entrevista motivacional, que son esenciales en cada etapa del tratamiento y en cada tipo de consejería, incluyendo el trabajo con familias. El curso también cubre las habilidades básicas de consejería y de psicoeducación grupal (para personas usuarias y miembros de la familia).
- El Curso 5 del UTC: Ingreso, Detección, Evaluación, Planificación y Documentación del Tratamiento para Profesionales en Adicciones, es un curso basado en habilidades de 5 días de duración, que proporciona conocimientos sobre un proceso eficaz e integrado de evaluación y de planificación del tratamiento/de los servicios. También destaca la importancia de la documentación en el proceso de tratamiento.
- El Curso 6 del UTC: El Manejo de Casos para Profesionales en Adicciones es un curso básico basado en habilidades, de dos días de duración, que proporciona una visión general del manejo de casos en el tratamiento de los TUS y que posibilita la puesta en práctica de habilidades en las funciones del manejo de casos, tales como la planificación, vinculación, monitoreo, defensoría, consulta, y colaboración.

- El Curso 7 del UTC: Intervención en Crisis para Profesionales en Adicciones, de dos días de duración, aborda el concepto de crisis como parte de la vida y proporciona pautas para la intervención y la práctica del manejo de crisis, incluyendo el manejo del riesgo suicida. También aborda las formas en que los/las terapeutas pueden evitar situaciones de crisis personales proporcionando información y ejercicios sobre el autocuidado del/de la terapeuta.
- El Curso 8 del UTC: Ética para Profesionales en Adicciones es un curso de 4 días que tiene como objetivo desarrollar una comprensión de la ética en el tratamiento de los TUS y proporciona una visión general de la conducta profesional tal como se define en el Código de Ética. Proporciona la oportunidad de aprender y de poner en práctica el proceso de la toma de decisiones éticas. El curso aborda además la importancia de la supervisión como parte de la práctica ética.

Módulo 2

INTRODUCCIÓN AL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

<i>Contenido y Programa de Trabajo</i>	51
<i>Metas de la capacitación y objetivos de aprendizaje</i>	51
<i>Diapositivas en PowerPoint</i>	52
<i>Páginas de Apoyo</i>	68
<i>Resumen</i>	69

Contenido y Programa de Trabajo

Actividad	Duración	Persona Responsable
Introducción al Módulo 2	10 minutos	
Presentación: ¿Qué son las sustancias psicoactivas y cómo funcionan?	60 minutos	
Presentación: Clasificación de las sustancias psicoactivas	10 minutos	
Presentación: Métodos (vías) de administración	10 minutos	
Ejercicio en grupos pequeños: Vías de administración	20 minutos	
Receso	15 minutos	
Estudios de caso en grupos pequeños: La progresión del uso de sustancias	45 minutos	
Evaluación del aprendizaje	30 minutos	
Síntesis del Día 1	20 minutos	

Metas y Objetivos del Módulo 2

Metas de la Capacitación

- Proporcionar una visión general de las sustancias psicoactivas que se analizan en este curso;
- Presentar las principales categorías (clases) de sustancias psicoactivas;
- Resumir ocho métodos de administración de las sustancias psicoactivas y qué sucede con ellas luego de ser administradas; y
- Describir los niveles de progresión del uso de sustancias psicoactivas.

Objetivos de Aprendizaje

Los/Las participantes que completen el Módulo 2 serán capaces de:

- Definir las sustancias psicoactivas;
- Señalar las formas generales en que las sustancias psicoactivas afectan el estado de ánimo, los pensamientos y el comportamiento;
- Señalar las cuatro categorías (clases) principales de sustancias psicoactivas y las distintas sustancias que las componen;
- Señalar las vías de administración de las sustancias psicoactivas; y
- Analizar los niveles de progresión del uso de sustancias.



UTC

Currículo de Tratamiento Universal para
Trastornos por Uso de Sustancias

Introducción a la Ciencia de la Adicción

Curso 1

MODULO 2

INTRODUCCIÓN AL USO DE SUSTANCIAS
PSICOACTIVAS



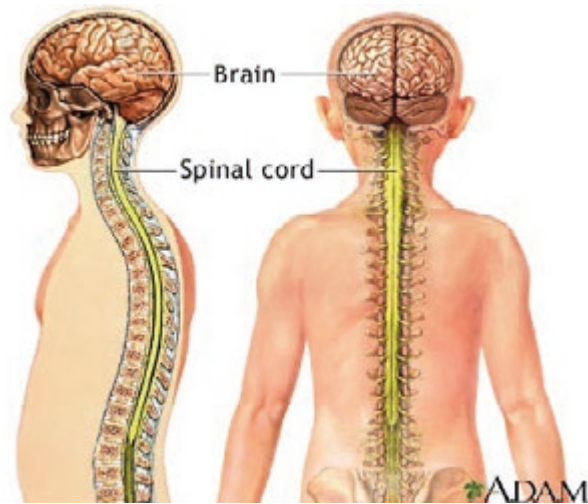
Objetivos de Aprendizaje del Módulo 2

- Definir las sustancias psicoactivas.
- Señalar las formas generales en que las sustancias psicoactivas afectan el estado de ánimo, los pensamientos y el comportamiento.
- Señalar las cuatro categorías (clases) principales de sustancias psicoactivas y las distintas sustancias que las componen.
- Señalar los métodos de administración de las sustancias psicoactivas.
- Analizar los niveles de progresión del uso de sustancias.

2.2

- Afectan el funcionamiento del sistema nervioso central.
- Cambian la forma en que las personas se comportan, perciben o sienten lo que está sucediendo a su alrededor.

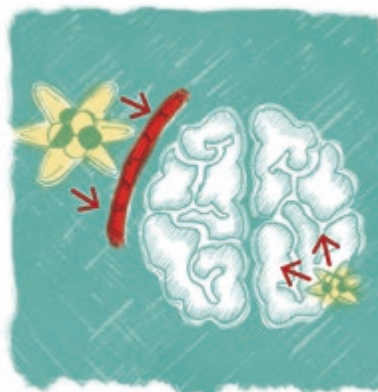
Sistema Nervioso Central



2.4

La Barrera Hematoencefálica

Las moléculas
grandes e
hidrosolubles
son
bloqueadas



Moléculas
pequeñas y
liposolubles
pueden pasar

2.5

La Farmacología

- Examina los efectos de los medicamentos y de otras sustancias en el cuerpo y en el cerebro.



2.6

Vida media

- La cantidad de tiempo que se necesita para eliminar del organismo la mitad de la dosis original de una sustancia.

2.7

Otros Factores

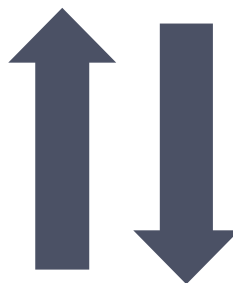
La edad de una persona, el tiempo en que la persona ha usado de manera regular una sustancia y la cantidad de la sustancia consumida regularmente afectan la forma en que el cuerpo:

- Absorbe las sustancias psicoactivas.
- Las distribuye.
- Las metaboliza.
- Las elimina.

2.8

Efectos de las Sustancias Psicoactivas

- Pueden ser positivos o negativos.
- Dependen en gran medida del *tipo* de sustancia usada.



2.10

Clasificación de las sustancias psicoactivas

- Los estimulantes — *aumentan* la actividad del SNC.
- Los depresores — *disminuyen* la actividad del SNC.
- Los opioides — *disminuyen* la actividad del SNC.
- Los alucinógenos — producen un espectro de *distorsiones* sensoriales de gran intensidad y alteran notablemente el estado de ánimo y el pensamiento.

2.11

2.12

Opioides Sintéticos

- Los opioides sintéticos, tales como el fentanilo, son drogas fabricadas muy potentes que actualmente son responsables por la mayor parte de las sobredosis en algunos países.
 - La potencia de los opioides sintéticos puede ser hasta 100 veces superior a la de la morfina o la heroína.
 - Sólo se requiere una pequeña cantidad de opioides sintéticos para producir la sensación de “estar volado(a)”.
 - A menudo se añaden a otras drogas (p. ej., heroína, cocaína) y sirven como un adulterante barato y muy potente que puede tener efectos letales.
 - Los opioides sintéticos también son ilegalmente convertidos en píldoras que se asemejan a los analgésicos prescritos.

2.13

Sustancias Legales



- El simple hecho de que una sustancia sea legal no significa que sea más segura que una sustancia ilegal.

2.14

Vías de Administración

- Vía oral
- Esnifar
- Fumar
- Inhalar vapores
- Inyección Intramuscular (IM)
- Inyección Subcutánea (SC)
- Inyección Intravenosa (IV)
- Aplicación Tópica
- Sublingual

UNODC (2016). Terminology and Information on Drugs. Extraído en marzo 22, 2017 de https://www.unodc.org/documents/scientific/Terminology_and_Information_on_Drugs-3rd_edition.pdf

2.15

Vías de Administración

- Cuanto más rápido llegue la droga al cerebro, mayor y más reforzador será su efecto.



2.16

Velocidad de Acción

- Fumar: 7–10 segundos.
- Inyección intravenosa: 15-30 segundos.
- Inyección intramuscular o subcutánea: 3–5 minutos.

Fuente: <http://www.pharmacologie.u-bordeaux2.fr/en/pharmacodependance/administration.htm>

2.17

2.18

Ejercicio en grupos pequeños: Vías de administración

- Formen grupos pequeños.
- En grupo, deberán elaborar una lista de cinco sustancias psicoactivas.
- Para cada sustancia, señalar las vías de administración más comunes utilizadas en sus regiones.
- Deberán tener presente que algunas sustancias tienen más de una vía de administración.

2.19



Receso
15 minutos

2.20

Progresión del Uso

- Uso experimental/recreativo.
- Uso circunstancial/ocasional.
- Uso intensificado/regular.
- Uso compulsivo/adictivo.



Fuente: Landry, M.J. Understanding Drug of Abuse: The Process of Addiction, Treatment and Recovery. 1994
American Psychiatric Publishing Inc., USA.

2.21

Evaluación del aprendizaje

- Escriban en un trozo de papel una pregunta sobre el material de hoy.

2.22

Ejercicio de reflexión

- ¿Qué aprendieron hoy que no sabían?
- ¿Cómo podrían aplicar en su trabajo lo que aprendieron hoy?
- ¿Qué preguntas han quedado pendientes?

2.23

Página de Apoyo 2.1: *Progresión del Uso*

Uso experimental/recreacional

El uso recreacional es el nivel menos grave. Por lo general se produce en un entorno social entre amigos(as), no sucede muy a menudo, y normalmente implica el consumo de cantidades pequeñas a moderadas de sustancias psicoactivas. Suele estar motivado por la curiosidad o por la presión de los pares. Una persona que consume sustancias de forma recreativa raramente experimenta problemas relacionados con el uso. Una posible excepción es si la sustancia consumida es ilegal.

Uso circunstancial/ocasional

El uso circunstancial suele ocurrir cuando un individuo está motivado para lograr un efecto deseado, como una forma de enfrentar algo circunstancial. Por ejemplo, una persona muy tímida podría encontrar que fumar marihuana la hace sentirse más relajada y capaz de hablar con las personas, bailar, o ser más social. O una persona con depresión podría probar una sustancia para sentirse más animada y mejor. Un ejemplo extremo es que se ha descubierto que los soldados en combate usan marihuana, heroína u otras sustancias disponibles para ayudarles a relajarse y escapar del estrés de la guerra. Una persona en este nivel también podría consumir ocasionalmente por diversión o para socializar. Una persona podría o no experimentar problemas debido al uso en este nivel.

Uso intensificado/regular

Algunas personas parten con el uso recreativo o circunstancial, pero comienzan a consumir más cantidad de la sustancia y con más frecuencia. Cuando las sustancias psicoactivas se usan a diario o casi a diario, en dosis bajas a moderadas, el efecto se intensifica. En este nivel, una persona a menudo está motivada por la necesidad de obtener alivio regular a partir de un problema recurrente, como la ansiedad o la depresión, o para mantener un nivel de rendimiento deseado. En este nivel, es probable que la persona empiece a tener problemas con el consumo (por ejemplo, llegar tarde al trabajo los lunes por la mañana debido a la resaca; que los demás se preocupen por el consumo). Este nivel de uso de sustancias se considera abuso.

Uso compulsivo/adictivo

El uso compulsivo es el más peligroso y grave. En este nivel, se necesitan altas dosis diarias o casi diarias para alcanzar un efecto físico y/o psicológico deseado o para evitar los síntomas de abstinencia. En este nivel, la sustancia se convierte en lo más importante en la vida de la persona, en torno a la cual se organizan todas las demás actividades. En este nivel, una persona experimenta problemas relacionados con el uso, pero sigue consumiendo a pesar de ellos. Este nivel de uso de sustancias se considera adicción.

Fuente: Landry, M.J. Understanding Drug of Abuse: The Process of Addiction, Treatment and Recovery. 1994 American Psychiatric Publishing Inc., USA.

Módulo 2 —

Introducción al Uso de Sustancias Psicoactivas, Resumen

¿Qué son las sustancias psicoactivas y cómo funcionan?

- Una sustancia psicoactiva es una sustancia que afecta al sistema nervioso central (o SNC) del organismo y modifica el comportamiento o la percepción de las personas respecto de lo que ocurre a su alrededor:
 - Afectan el funcionamiento del sistema nervioso central.
 - Cambian la forma en que las personas se comportan, perciben o sienten lo que está sucediendo a su alrededor.
- El Sistema Nervioso Central (SNC) es la parte del sistema nervioso formada por el cerebro y la médula espinal. El SNC está protegido por una membrana llamada barrera hematoencefálica. Esta barrera consiste en una serie de células estrechamente unidas que sólo permiten el paso de determinadas sustancias químicas.
- Debido a que las células de la barrera hematoencefálica están tan estrechamente unidas, las sustancias con una estructura molecular grande y que son hidrosolubles (es decir, que se disuelven fácilmente en fluidos) no pueden atravesarla. Gran parte de los medicamentos que tomamos, como la aspirina o los antibióticos, están en esta categoría.
- Sin embargo, las sustancias con una estructura molecular pequeña y que son liposolubles, como la mayoría de las sustancias psicoactivas, pueden atravesar fácilmente la barrera hematoencefálica. De esta forma, las sustancias psicoactivas pueden tener un efecto directo sobre el funcionamiento del cerebro.
- A pesar de que los medicamentos psicotrópicos utilizados para tratar los principales trastornos mentales (como los antipsicóticos y los antidepresivos) son sustancias psicoactivas, no son sustancias de abuso porque no producen los mismos efectos placenteros inmediatos.

Metabolismo

- Además de sus efectos directos en el cerebro, las sustancias psicoactivas pueden alterar los procesos bioquímicos de los tejidos y órganos del cuerpo.
- La farmacología es la rama de la ciencia que examina los efectos de las sustancias psicoactivas en el cuerpo y en el cerebro, incluyendo la forma en que se metabolizan:
 - El metabolismo es un proceso químico complejo que ocurre constantemente en nuestro cuerpo. Por ejemplo, a través del metabolismo obtenemos la energía que necesitamos de los alimentos.
 - Estas reacciones químicas en las células de nuestro cuerpo convierten el combustible de los alimentos en la energía que necesitamos para hacer todo, desde movernos hasta pensar y crecer; y luego eliminan lo que queda de los alimentos.

- Todas las sustancias que ingerimos se metabolizan de alguna manera.
- Tan pronto una persona ingiere una sustancia, el cuerpo inmediatamente comienza a descomponerla y eliminarla.
- El hígado es responsable de metabolizar la mayor parte de las sustancias foráneas, y los riñones se encargan de apoyar el proceso.
- Una vez que la sustancia se ha metabolizado, se elimina del organismo, principalmente a través de la orina o de las heces, pero también a través del sudor, la saliva o el aliento.
- Cada sustancia tarda un tiempo diferente en descomponerse y eliminarse. La cantidad de tiempo que se necesita para eliminar del organismo la mitad de la dosis original de una sustancia se denomina vida media de la sustancia:
 - La vida media de una sustancia influye en la duración de sus efectos y en el tiempo que tarda en eliminarse por completo del organismo.
 - Cuando una persona deja de consumir una sustancia, es importante conocer la vida media de la sustancia para saber cuánto tiempo tardará la persona en eliminar completamente la sustancia del organismo.
- Además de la vida media de una sustancia, hay otros factores que afectan el tiempo que se requiere para metabolizar una sustancia. La edad de la persona, el tiempo en que la persona ha usado de manera regular una sustancia y la cantidad de sustancia consumida regularmente afectan la forma en que el cuerpo:
 - Absorbe las sustancias psicoactivas,
 - Las distribuye en el organismo, las metaboliza y
 - Las elimina.
- Por ejemplo:
 - Los niños(as) pequeños y los adultos(as) mayores metabolizan y eliminan las sustancias más lentamente.
 - Si una persona usa una sustancia con frecuencia y de forma intensiva, puede metabolizarla y eliminarla más rápidamente.

Efectos generales de las sustancias psicoactivas

- La principal característica de las sustancias psicoactivas es que alteran el estado de ánimo, los pensamientos, la capacidad de discernimiento, las percepciones sensoriales y el comportamiento.
- Entre los ejemplos de cómo una sustancia podría alterar el estado de ánimo de una persona se incluyen:
 - Sentirse más alerta;
 - Sentirse más relajado(a);
 - Sentirse más o menos deprimido(a) de lo habitual;
 - Sentirse irritado(a) o enojado(a).

- Sentirse más sociable;
- Sentirse “feliz”;
- Sentirse más o menos excitado(a) sexualmente; y
- Sentir temor.
- Entre los ejemplos de cómo una sustancia podría alterar el pensamiento o la capacidad de discernimiento de una persona se incluyen:
 - Pensamientos apresurados;
 - Incapacidad de planificar o de tomar una decisión;
 - Percepciones distorsionadas;
 - Aumento en la claridad de los pensamientos;
 - Pensamientos paranoicos; y
 - Deterioro de la capacidad de discernimiento o del criterio de realidad.
- Entre los ejemplos de cómo una sustancia podría alterar las percepciones sensoriales de una persona:
 - Distorsiones de la percepción;
 - Cambios en la percepción de la temperatura;
 - Cambios en la percepción del dolor.
- Entre los ejemplos de cómo una sustancia podría alterar el comportamiento de una persona se incluyen:
 - Reducción o aumento de la actividad;
 - Aumento de la exposición a riesgos; actividades peligrosas;
 - Comportamiento no acorde con los valores personales;
 - Agresión o violencia;
 - Pasividad; y
 - Aumento o disminución del comportamiento sexual.
- En resumen, las sustancias psicoactivas producen una variedad de efectos, tanto positivos como negativos. Estos efectos dependen en gran medida del tipo de sustancia consumida.

Clasificación de las Sustancias Psicoactivas

- La forma en que una droga afecta a una persona depende en parte del tipo de droga y de cómo ésta afecta el sistema nervioso central (SNC):
 - Los estimulantes aumentan la actividad del SNC. Tienden a aumentar la frecuencia cardíaca y la respiración y generan una sensación de gran euforia. Los estimulantes aumentan el estado de alerta, la atención, y la energía, así como también elevan la presión arterial, el ritmo cardíaco y la respiración. Dentro de esta clasificación, en nuestros análisis, abordaremos las siguientes sustancias: Cocaína, Anfetamina, Nicotina y Cafeína.

- Los depresores disminuyen la actividad del SNC. Tienden a disminuir la frecuencia cardíaca y la respiración y generan una sensación relajada, a veces somnolienta, de bienestar o euforia. En esta categoría se incluyen el Alcohol, los Barbitúricos, las Benzodiacepinas, y el Gamma-Hidroxibutirato (GHB).
- Los opioides deprimen selectivamente el SNC. Estos analgésicos reducen el dolor y tienden a inducir el sueño y aliviar el dolor. Entre los opioides se incluyen las drogas ilícitas (p. ej., la heroína), los opioides sintéticos (p. ej., el fentanilo) y los analgésicos, que se pueden adquirir con receta médica. Los analgésicos opioides generalmente son seguros cuando se utilizan por un tiempo reducido y según prescripción médica; sin embargo, debido a que además de calmar el dolor producen euforia, pueden ser mal utilizados (si se toman de una manera diferente o en mayores cantidades que las prescritas, o si se toman sin prescripción médica). Los opioides sintéticos se han convertido en la principal causa de sobredosis en algunos países, debido a su gran potencia y potencial adictivo en comparación con otros tipos de opioides, y porque a menudo se mezclan con otras drogas o se convierten en píldoras semejantes a los opioides prescritos. Ejemplos de opioides: Heroína, Morfina, Opio, Metadona, Fentanilo.
- Los alucinógenos producen un espectro de distorsiones sensoriales de gran intensidad y alteran notablemente el estado de ánimo y el pensamiento. Son un grupo diverso de drogas que alteran la percepción (conciencia de objetos y condiciones circundantes), los pensamientos y los sentimientos. Provocan alucinaciones, o sensaciones e imágenes que parecen reales aunque no lo son. Estos incluyen la Dietilamina del ácido lisérgico (LSD), el Peyote (Mescalina) y la Psilocibina (Hongos) ².
- El sistema de clasificación se ha diseñado como una guía general y no todas las drogas se ajustan plenamente a las cuatro clases. Por ejemplo:
 - Cannabis (marihuana, hachís) – al consumirla, las personas experimentan una sensación suave de euforia y relajación; a menudo se refieren a esto como “estar volado(a)”. La cannabis provoca cambios en el estado de ánimo de quienes la consumen y afecta también la forma en que piensan y perciben el ambiente. Diversas pruebas han demostrado que el delta-9-tetrahidrocannabinol (THC), el principal ingrediente psicoactivo en la marihuana, tiene efectos analgésicos leves a moderados y se puede utilizar para el tratamiento del dolor. La marihuana y el dronabinol (sintético) están en este grupo.
 - Miraa (khat);
 - Inhalantes (solventes, gases, nitritos) – estas son sustancias volátiles que producen vapores químicos que pueden inhalarse para inducir un efecto psicoactivo o de alteración mental. Si bien otras sustancias de abuso se pueden inhalar, el término “inhalantes” se utiliza para describir un grupo de sustancias cuya característica principal común es que rara vez, o casi nunca, se consumen por alguna otra vía que no sea la inhalación. Entre los ejemplos de inhalantes se encuentran: tolueno, pinturas, diluyentes, gasolina, y laca para el cabello.
 - Anestésicos disociativos (Ketamina o PCP por sus siglas en inglés).
- Los opioides sintéticos, tales como el fentanilo, son drogas fabricadas muy potentes que actualmente son responsables por la mayor parte de las sobredosis en algunos países.
- La potencia de los opioides sintéticos puede ser hasta 100 veces superior a la de la morfina o la heroína.
- Sólo se requiere una pequeña cantidad de opioides sintéticos para producir la sensación de “estar volado(a)”.

² NIDA (2016). Misuse of prescription drugs.

- A menudo se añaden a otras drogas (p. ej., heroína, cocaína) y sirven como un adulterante barato y muy potente que puede tener efectos letales.
- Los opioides sintéticos también son ilegalmente convertidos en píldoras que se asemejan a los analgésicos prescritos.
- Es importante tener presente que el simple hecho de que una sustancia sea legal no significa que sea más segura que una sustancia ilegal. La legalidad de una sustancia generalmente está más relacionada con las tradiciones, la cultura o factores políticos o religiosos, que con el hecho de si una sustancia es más o menos perjudicial que otra.
- Una sustancia muy común, la marihuana, no está incluida en la tabla de clasificación. Esto se debe a que el sistema de clasificación pretende ser una guía general, y algunas sustancias psicoactivas no se ajustan exactamente a las categorías básicas.
 - La marihuana podría ser sedante o relajante en dosis pequeñas pero podría tener efectos alucinógenos en dosis más altas.
 - La miraa (khat) puede provocar una leve euforia y excitación en dosis bajas, pero en dosis más altas también puede generar comportamientos maníacos e hiperactividad.
 - Los anestésicos disociativos (o PCP por sus siglas en inglés) pueden tener efectos alucinógenos pero también pueden generar efectos depresores o estimulantes.
 - Los inhalantes generalmente tienen efectos depresores pero también pueden generar efectos alucinógenos o estimulantes.

Métodos (vías) de administración

- La forma en que una sustancia es ingerida se denomina método o vía de administración.
- Las sustancias psicoactivas pueden ingresar al organismo a través de nueve vías de administración:
 - Por vía oral;
 - Esnifar (inhalación por la nariz);
 - Fumar;
 - Inhalación de vapores;
 - Inyección Intramuscular [IM] (inyectando una sustancia en un músculo);
 - Inyección subcutánea [SC] (inyectando una sustancia justo debajo de la piel);
 - Inyección intravenosa (inyectando una sustancia en una vena);
 - Por vía tópica (aplicando la sustancia en la capa superior de la piel); y
 - Por vía sublingual (disolviendo la sustancia bajo la lengua y absorbiéndola a través del tejido bucal)³.
- La vía de administración es importante porque afecta la rapidez con la que una sustancia llega al cerebro; cuanto más rápido llegue la sustancia al cerebro, mayor y más reforzador será su efecto.

3 UNODC (2016). Terminology and Information on Drugs. Obtenido en marzo 22, 2017 de https://www.unodc.org/documents/scientific/Terminology_and_Information_on_Drugs-3rd_edition.pdf

- De mayor a menor, las velocidades de acción de las diversas vías de administración son:
 - Fumar: 7–10 segundos;
 - Inyección intravenosa: 15–30 segundos;
 - Inyección intramuscular o subcutánea: 3–5 minutos;
 - Absorción por la membrana mucosa (vía nasal, rectal): 3–5 minutos;
 - Vía oral: 20–30 minutos; y
 - Absorción por la piel: lentamente durante un largo período.
 - Absorción por la membrana mucosa (vía nasal, rectal): 3–5 minutos; Vía oral: 20–30 minutos; y
 - Absorción por la piel: lentamente durante un largo período ⁴.

Progresión del uso

- El patrón de progresión desde el uso hacia el abuso y luego la dependencia suele comenzar con la primera experiencia gratificante con una sustancia psicoactiva; una experiencia gratificante por lo general da como resultado que la persona busque otra experiencia similar. Si la experiencia no es placentera, es poco probable que el individuo busque repetirla.
- Cuando el uso de sustancias progresa, la progresión suele seguir un patrón. El patrón puede describirse de varias maneras, pero una forma de considerarlo es:
 - Uso experimental/recreativo;
 - Uso circunstancial/ocasional;
 - Uso intensificado/regular; y
 - Uso compulsivo/adictivo.
- En la Página de Apoyo 2.1 se proporcionan descripciones de cada nivel de uso.

⁴ <http://www.pharmacologie.u-bordeaux2.fr/en/pharmacodependance/administration.htm>

Módulo 3

LA CIENCIA DE LA ADICCIÓN

<i>Contenido y Programa de Trabajo</i>	77
<i>Metas de la capacitación y objetivos de aprendizaje</i>	77
<i>Diapositivas en PowerPoint</i>	78
<i>Resumen</i>	120

Contenido y Programa de Trabajo		
Actividad	Duración	Persona Responsable
Bienvenida y revisión del día 1	15 minutos	
Introducción al Módulo 3	10 minutos	
Ejercicio en grupos pequeños: ¿Qué es la Adicción?	30 minutos	
Presentación: La ciencia de la adicción, Parte 1	20 minutos	
Ejercicio: La Comunicación Cerebral	45 minutos	
Receso	15 minutos	
Presentación: La ciencia de la adicción, Parte 2	15 minutos	
Ejercicio: Las sustancias psicoactivas y la comunicación cerebral	60 minutos	
Presentación: La adicción y el circuito de recompensa	30 minutos	
Almuerzo	60 minutos	
Presentación: Vulnerabilidad a la adicción	20 minutos	
Ejercicio en grupos pequeños: Revisión de un estudio de caso	60 minutos	
Receso	15 minutos	

Metas y Objetivos del Módulo 3

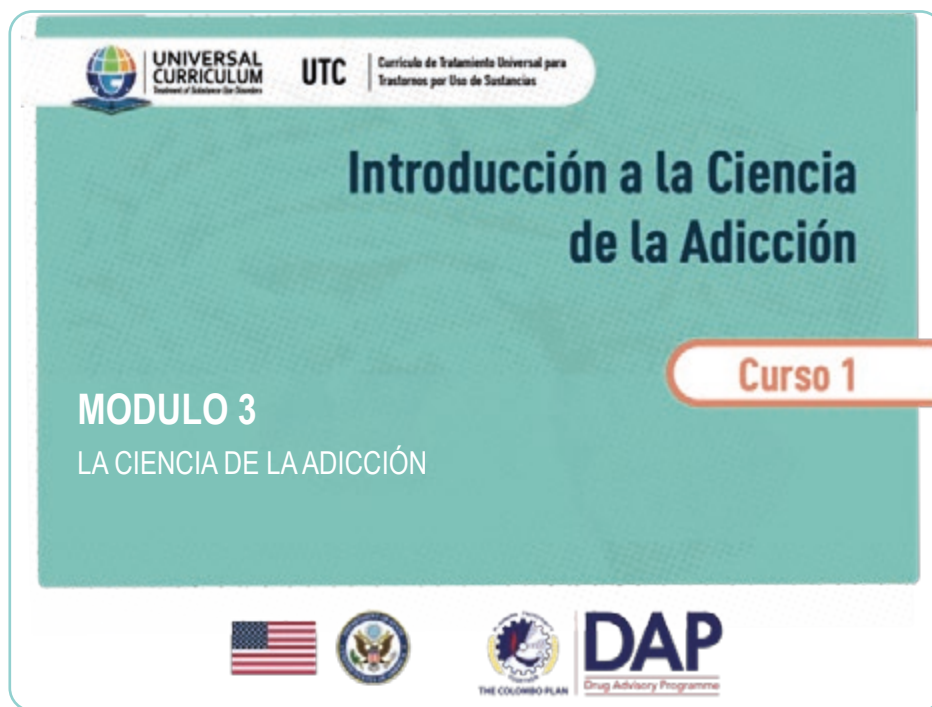
Metas de la Capacitación

Proporcionar una visión general de la ciencia de la adicción como una enfermedad cerebral.

Objetivos de Aprendizaje

Los/Las participantes que completen el Módulo 3 serán capaces de:

- Definir la adicción;
- Analizar por qué la adicción se considera una enfermedad cerebral; y
- Proporcionar una descripción básica de cómo las sustancias psicoactivas generan sus efectos en el cerebro.



Ejercicio de Reflexión

- ¿Qué aprendieron que no sabían?
- ¿Cómo podrían aplicar en su trabajo lo que aprendieron hoy?
- ¿Qué preguntas han quedado pendientes?

3.2

- Definir la adicción.
- Analizar por qué la adicción se considera una enfermedad cerebral.
- Proporcionar una descripción básica de cómo las sustancias psicoactivas generan sus efectos en el cerebro.

Ejercicio en grupos pequeños: ¿Qué es la adicción?

- Escojan a una persona de su grupo para escribir en la hoja del papelógrafo.
- Compartan sus pensamientos acerca de la adicción y de las personas que son adictas.
- Trabajen de manera rápida e incluyan todo lo que se les viene a la mente; no editen nada.

3.4

La Adicción

- NO es una debilidad de carácter, ni un trastorno de personalidad, ni una falla moral.
- SI es un problema de salud.

3.5

3.6

Enfermedad

- Alteración de la función o estructura normal de cualquier parte, órgano o sistema del cuerpo.
- Un conjunto característico de síntomas o de signos.

3.7

Síntoma

- Subjetivo: Experimentado directamente por la persona; no puede ser observado o medido por otra persona.
- Ejemplos: Dolor de estómago, fatiga, mareos.
- Ejemplos relacionados con la adicción: Cravings o deseos intensos, ansiedad cuando no se está consumiendo.

3.8

3.9

Imágenes del Cerebro



MRI



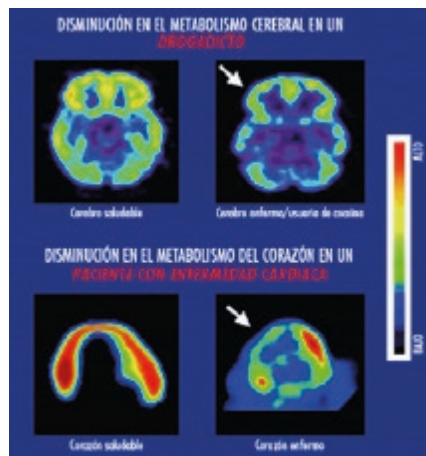
PET



SPECT

3.10

Enfermedad



TANTO LA
ADICCIÓN
COMO LAS
ENFERMEADES
CARDÍACAS
CAUSAN
CAMBIOS
BIOLÓGICOS

3.11

3.12

Otros Factores

- Hay otros factores que intervienen en el desarrollo de las enfermedades.
- Así como no todas las personas expuestas al virus de la gripe van a tener gripe, no todas las personas expuestas a una sustancia se volverán adictas a ella.
- Si bien la presencia de una sustancia es necesaria para que la adicción se desarrolle, no es suficiente por sí sola.

3.13

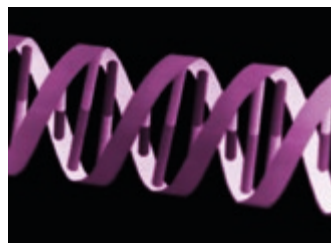
Otros Factores



- En el caso de las enfermedades cardíacas, por ejemplo, el medio ambiente y el estilo de vida desempeñan un papel importante.
- La composición genética de una persona también desempeña un papel importante.

3.14

- Lo mismo puede decirse de la adicción.
- Ejemplo: hasta la mitad del riesgo de que un individuo se vuelva adicto a la nicotina, al alcohol u otras drogas, depende de sus genes.



3.15

Patogénesis

- La progresión de una enfermedad desde sus orígenes hasta su desarrollo crítico y los resultados esperados.
- La mayor parte de las enfermedades, cuando no se tratan, siguen un camino generalmente predecible de desarrollo de síntomas y cambios biológicos.
- Esto también aplica para la adicción.



3.16

Enfermedad Crónica

- De larga duración.
- No se puede curar, pero se puede manejar.

3.17

Enfermedad Cerebral

- Las sustancias realmente cambian la estructura del cerebro y su funcionamiento.



3.19

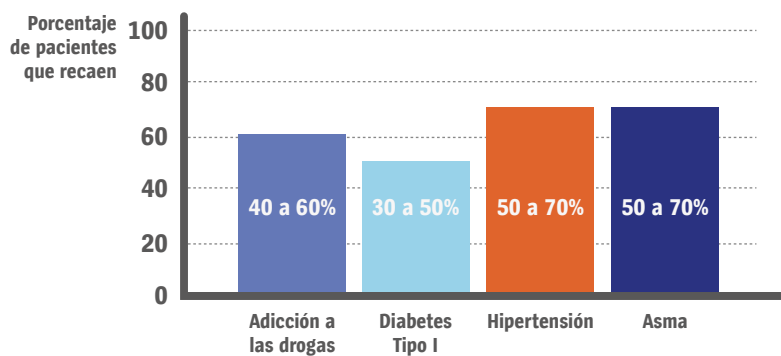
Enfermedad Recurrente

- Dada la naturaleza crónica de la adicción, la recaída en el uso de sustancias no sólo es posible, sino que es común.

3.20

Recaída

COMPARACIÓN DE TASAS DE RECAÍDAS ENTRE ADICCIÓN Y OTRAS ENFERMEDADES CRÓNICAS



McLellan, A. T., Lewis, D. C., O'Brien, C. P., & Kleber, H. D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: Implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA*, 284(13), 1689–1695.

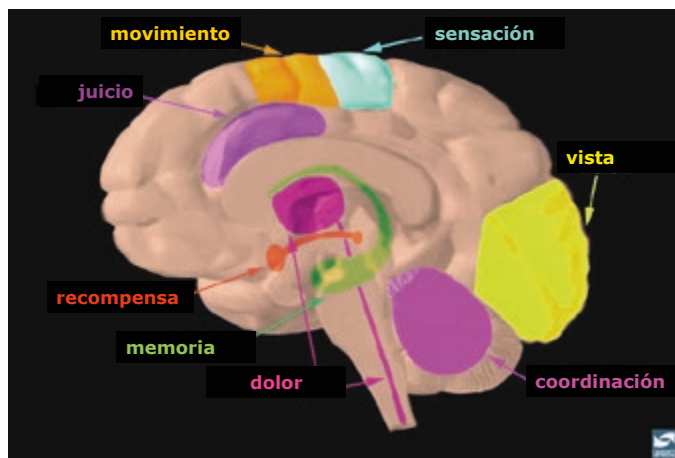
3.21

Caída y Recaída

- Una caída es un breve, a menudo único, episodio de retorno al consumo de sustancias.
- Una recaída es un retorno total al uso de sustancias en la misma forma en que la persona lo hacía antes de dejarlo.
- Una caída puede llevar a una recaída, pero no siempre es así.
- La recaída se puede evitar.

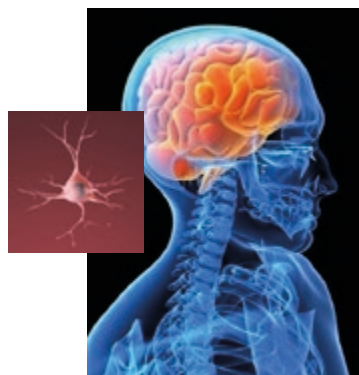
3.22

Introducción al Cerebro



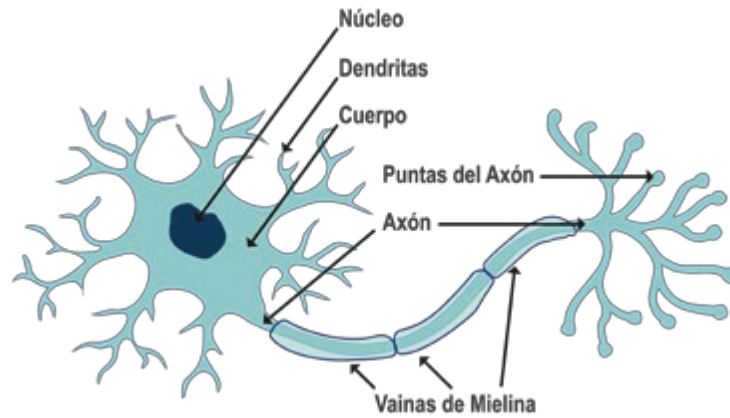
3.23

■ El cerebro es un centro de comunicaciones que consiste en miles de millones de neuronas o células nerviosas.



3.24

Estructura de las Neuronas



3.25

La Comunicación Cerebral

- Redes de neuronas intercambian mensajes entre las diferentes estructuras dentro del cerebro, la columna vertebral y el sistema nervioso periférico.

3.26

Este diagrama ilustra la liberación de dopamina en la sinapsis. Se muestra una terminal de un axón (parte superior) que contiene vesículas con dopamina (representadas por estrellas amarillas). Una vesícula está liberando su contenido en el espacio sináptico. En la membrana postsináptica (parte inferior), se encuentran receptores de dopamina (estructuras azules). Una flecha amarilla indica la unión de la dopamina a uno de estos receptores. El texto "Dopamina" y "Receptor de Dopamina" están etiquetados con flechas amarillas. En la esquina inferior derecha, se encuentra el logo de NIDA.

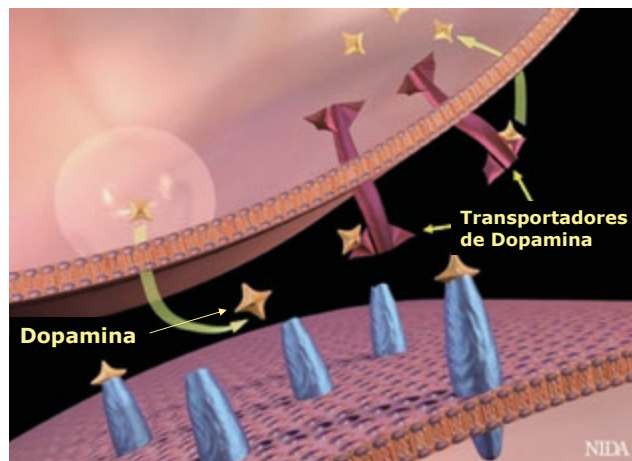
La Comunicación Cerebral

- Un neurotransmisor y su receptor funcionan como una llave y un candado.



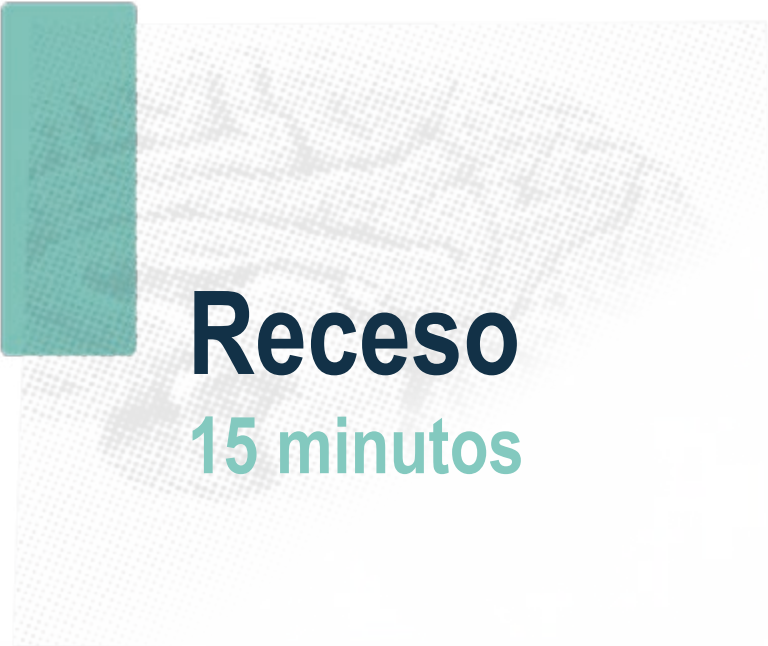
3.28

La Comunicación Cerebral



3.29

3.30

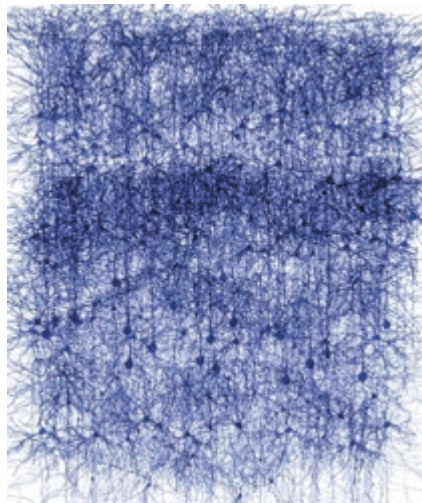


Receso

15 minutos

3.31

Un Conjunto de Neuronas



3.32

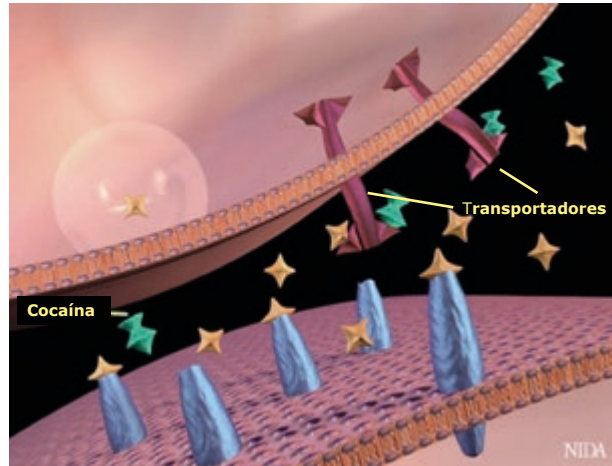
La Comunicación Cerebral



- Las sustancias psicoactivas se introducen en el sistema de comunicación del cerebro e imitan o alteran el modo en que las células nerviosas envían, reciben y procesan normalmente la información.

3.33

La Cocaína



3.34

Ejercicio: Comunicación Cerebral Afectada por la Droga – La Cocaína

- Los neurotransmisores correctos se conectan con la neurona receptora.
- La cocaína bloquea a los transportadores, impidiéndoles llevar el neurotransmisor de vuelta al emisor, de manera que...
- Los neurotransmisores siguen intentando hacer contacto con la neurona receptora, "acosándola".

3.35

3.36

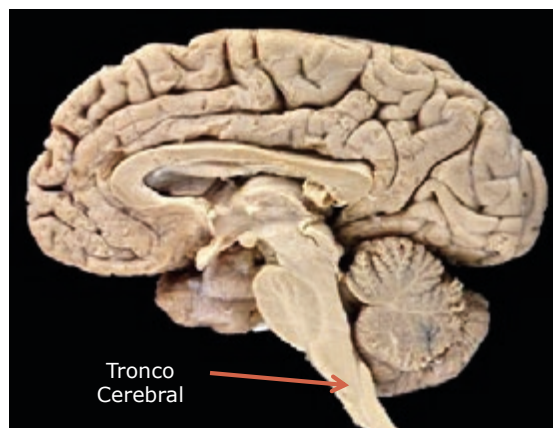
Partes del cerebro más afectadas por el uso de sustancias

- El tronco encefálico.
- La corteza cerebral.
- El sistema límbico.

3.37

El Tronco Encefálico

- Controla funciones vitales como el ritmo cardíaco, la respiración y el sueño.



3.38

La Corteza Cerebral

Corteza
Cerebral

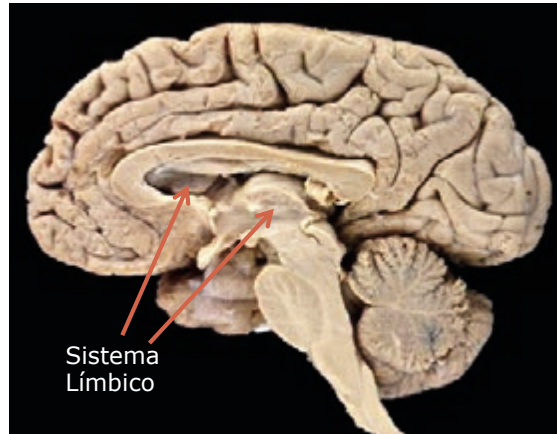
- **Procesa** información de los sentidos; es el centro del pensamiento y juicio del cerebro



3.39

El Sistema Límbico

- Contiene el circuito de recompensa del cerebro



3.40

La Adicción y el Circuito de Recompensa

- Nuestros cerebros están conectados para asegurar que repitamos las actividades que nos mantienen vivos, asociando esas actividades con el placer o la recompensa.

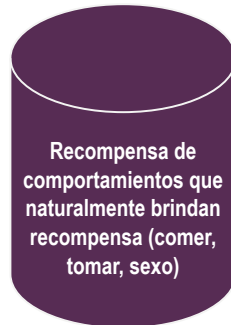


3.41

- La sobreestimulación del circuito de recompensa, que premia nuestros comportamientos naturales (comer, beber, comportamiento sexual), produce los efectos de euforia que buscan las personas que consumen sustancias psicoactivas y les enseña a repetir el comportamiento.

3.42

Efectos en el Circuito de Placer del Cerebro



3.43

La Adicción y el Circuito de Recompensa

- El cerebro se ajusta a los abrumadores incrementos de dopamina (y de otros neurotransmisores) produciendo menos dopamina o reduciendo el número de receptores.



3.44

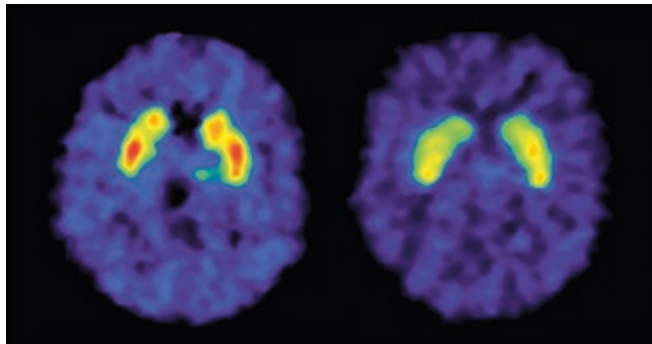
La Adicción y el Circuito de Recompensa



3.45

Disponibilidad de Receptores de Dopamina

Rojo= Altos niveles de receptores de dopamina



Cerebro Saludable

Cerebro con uso crónico
de cocaína

Fuente: National Institute on Drug Abuse. (2007). *Science & Practice Perspectives*, 3(2).

3.46

Tolerancia

- Necesidad de una mayor cantidad de una sustancia para obtener el mismo efecto.

3.47

La Progresión de la Adicción 1



3.48

La Progresión de la Adicción 2



3.49

La Progresión de la Adicción 3



3.50

3.51

¿Por qué las personas empiezan a usar sustancias?

- Curiosidad.
- Porque sus amigos(as) lo hacen.
- Para sentirse bien; para celebrar.
- Para sentirse mejor.
- Para tener un mejor desempeño.

3.52

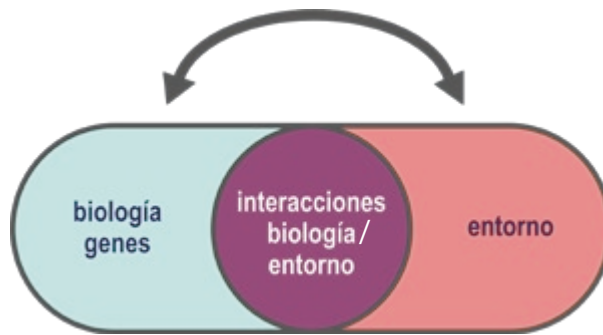
La Adicción

¡Nunca una persona va a considerar entre sus planes convertirse en una persona adicta!

3.53

3.54

¿Por qué no todas las personas que prueban una sustancia desarrollan una adicción?



3.55

¿Por qué no todas las personas que prueban una sustancia desarrollan una adicción?



- Entre el 40 y el 60% de la vulnerabilidad de una persona a la adicción es genética.

Fuente: <http://www.drugabuse.gov/publications/drugs-brains-behavior-science-addiction/drug-abuse-addiction>.

3.56

¿Por qué no todas las personas que prueban una sustancia desarrollan una adicción?

- Cada gen es como un libro que almacena información.
- Un gen contiene la información necesaria para formar una proteína o ácido ribonucleico (ARN), los componentes básicos de la vida.



3.57

¿Por qué no todas las personas que prueban una sustancia desarrollan una adicción?

- Las secuencias de ADN de dos individuos son idénticas en un 99.9%.
- Sin embargo, ese 0.1% de variación es tremendamente importante.

NIDA. 2019, August 5. Genetics and Epigenetics of Addiction DrugFacts

3.58

¿Por qué no todas las personas que prueban una sustancia desarrollan una adicción?

- La mayoría de las enfermedades, la adicción incluida, son complicadas.
- La adicción surge de complejas interacciones entre múltiples genes y de interacciones genéticas con influencias ambientales.

3.59

■ Los factores ambientales desempeñan un rol

- 3.60

¿Por qué no todas las personas que prueban una sustancia desarrollan una adicción?

- La manera en que se usa una sustancia es un factor.
 - Fumar o inyectarse una sustancia aumenta su potencial adictivo.



3.61

Ejercicio en grupos pequeños: Estudio de Caso

- Deberán crear un estudio de caso ficticio que ilustre la *progresión* de la adicción.
- Incluir:
 - Cambios de comportamiento.
 - Factores biológicos.
 - Factores ambientales.
- ¡Sean creativos(as)!

3.62

3.63

Módulo 3 — La Ciencia de la Adicción, Resumen

- A través del tiempo, las personas han tenido ideas diferentes acerca de la adicción. Muchas personas continúan considerando la adicción como una debilidad de carácter, un trastorno de personalidad, o una falla moral, en lugar de un problema de salud.
- En la actualidad, sabemos que una adicción a una sustancia no es simplemente un uso abundante de una droga:
 - La adicción se considera actualmente una enfermedad crónica, que a menudo tiende a perdurar durante toda la vida de una persona y es una enfermedad tan grave como la diabetes o la hipertensión.
 - Una enfermedad crónica no es curable, pero sí se puede manejar.
- El Instituto Nacional contra el Abuso de Drogas de los EE.UU. define la adicción como:
 - Una enfermedad cerebral crónica y recurrente que se caracteriza por la búsqueda y uso compulsivo de una sustancia, a pesar de las consecuencias perjudiciales¹.
- Una definición común del término “enfermedad” plantea que se trata de toda alteración de la estructura o función normal de cualquier parte, órgano, o sistema del cuerpo que puede identificarse por un conjunto característico de síntomas y signos. La adicción cumple con los criterios de una enfermedad, porque al igual que una enfermedad cardíaca, altera el normal funcionamiento de un órgano, en este caso del cerebro, y porque presenta un conjunto característico de síntomas y signos.
 - Un síntoma es subjetivo — algo que se experimenta directamente y que no puede ser visto o medido por otra persona. Ejemplos de síntomas pueden incluir dolor de estómago, fatiga o mareos. Un ejemplo de síntoma de adicción serían los cravings o deseos intensos de consumir.
 - Un signo es una indicación física objetiva de una enfermedad, que puede ser detectado o medido por otra persona. Ejemplos de signos incluyen una erupción cutánea, fiebre o presión arterial alta. Un signo de adicción podría consistir en un absceso en el lugar de la inyección o diferencias en la actividad cerebral medidas por técnicas de la imagenología.
- Las técnicas de diagnóstico por imágenes permiten a los científicos(as) ver lo que realmente ocurre en el cerebro en respuesta al uso de drogas y la adicción. Estas técnicas incluyen:
 - Imagen por Resonancia Magnética (IRM);
 - Tomografía por emisión de positrones (PET por sus siglas en inglés); y
 - Tomografía computarizada de emisión monofotónica (SPECT por sus siglas en inglés).
- La investigación ha revelado que el cerebro de una persona con adicción es clara y biológicamente diferente al cerebro de una persona que no padece una adicción, de la misma forma en que un corazón con una enfermedad cardíaca es clara y biológicamente diferente de un corazón saludable.
- Un término que se utiliza frecuentemente cuando se habla de enfermedades es el agente etiológico o causal. Por ejemplo, el agente etiológico en el caso del SIDA sería el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Si se tiene un fuerte dolor de garganta, el agente podría ser la bacteria estreptococo.

¹ NIDA. 2020, Julio 13. Drug Misuse and Addiction

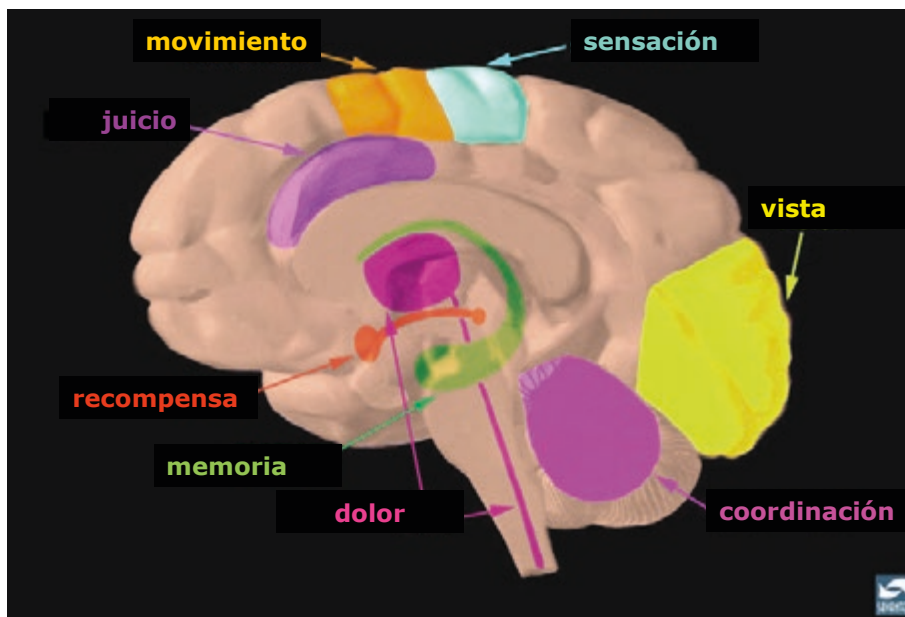
- En el caso de la adicción, el agente etiológico puede ser la sustancia consumida.
- No todas las enfermedades tienen un agente etiológico externo. Las enfermedades cardíacas y la diabetes son algunos ejemplos.
- Pero incluso en el caso de las enfermedades con una causa externa identificable, como el virus de la gripe, hay otros factores que intervienen. Así como no todas las personas expuestas al virus de la gripe van a tener gripe, no todas las personas expuestas a una sustancia desarrollarán una adicción a ella. Aunque el agente etiológico es necesario para que se desarrolle la enfermedad, no suele ser suficiente por sí solo.
- El medio ambiente y el estilo de vida desempeñan papeles importantes en el desarrollo de las enfermedades del corazón. Además, la composición genética de una persona también desempeña un papel importante.
- Lo mismo puede decirse de la adicción. Por ejemplo, estudios realizados con personas gemelas revelaron que hasta el cincuenta por ciento del riesgo de que un individuo desarrolle una adicción a la nicotina, al alcohol u otras drogas, depende de sus genes².
- Otro término relacionado con las enfermedades es la patogénesis, o la progresión de una enfermedad desde sus orígenes hasta su desarrollo crítico y los resultados esperados. La mayor parte de las enfermedades, cuando no se tratan, siguen un camino generalmente predecible de desarrollo de síntomas y cambios biológicos. Esto también aplica para la adicción. Estaremos hablando más acerca de la progresión de la adicción más adelante en el módulo. Por ahora, vamos a enfocarnos en la parte que se refiere a la enfermedad crónica dentro de la definición de la adicción.
- Otro elemento de la definición de la adicción es la enfermedad crónica. Una enfermedad crónica se define como una enfermedad de larga duración que no se puede curar, pero sí manejar.
- La adicción se define como una enfermedad crónica debido a que el cerebro muestra cambios distintivos después del uso de una sustancia, que pueden persistir por mucho tiempo una vez que se ha detenido el uso de la sustancia. Y, al igual que la diabetes y la hipertensión, no se puede curar, pero se puede manejar con farmacoterapia e intervenciones de consejería o sólo con estas últimas.
- La adicción se considera una enfermedad cerebral porque las sustancias psicoactivas cambian la estructura del cerebro y su funcionamiento. Estos cambios cerebrales pueden ser perdurables y pueden llevar a la adicción y a los comportamientos perjudiciales asociados con la adicción.
- La recurrencia se incluye en la definición porque debido a la naturaleza crónica de la adicción, la recaída en el uso de sustancias no es solamente posible sino que es común. La recurrencia es parte de todas las enfermedades crónicas, no solamente de la adicción.
- Las tasas de recaída para el uso de sustancias son similares a las tasas de recaída de otras enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión.
- La tasa de recaída para la adicción a drogas oscila entre el 40% y 60%. La tasa para la diabetes es solo un poco más baja, entre el 30% y 50%, y las tasas tanto para la hipertensión (presión arterial alta) como para el asma oscilan entre el 50% y 70%, siendo incluso un poco más altas que las tasas para la adicción.
- Es importante distinguir entre un lapso (a veces llamado desliz) y una recaída.

2 U.S. National Institute on Drug Abuse. (2016). Genetics and epigenetics of addiction: A research update from the National Institute on Drug Abuse. Obtenido en marzo 22, 2017, de <http://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/genetics-epigenetics-addiction>

- Un lapso es un breve, a menudo único, episodio de retorno al uso de sustancias. Por ejemplo, una persona podría encontrarse con un antiguo amigo que todavía consume sustancias. La persona podría consumir junto con su amigo pero arrepentirse inmediatamente. Algunas veces los lapsos son detonados por estrés, fatiga o infelicidad.
- Una recaída es un retorno total al uso de sustancias psicoactivas en la misma forma en que la persona lo hacía antes de dejarlo.
- Los lapsos son relativamente comunes en las etapas iniciales de la recuperación. Un lapso puede llevar a una recaída, pero no siempre es así. Las recaídas pueden evitarse.

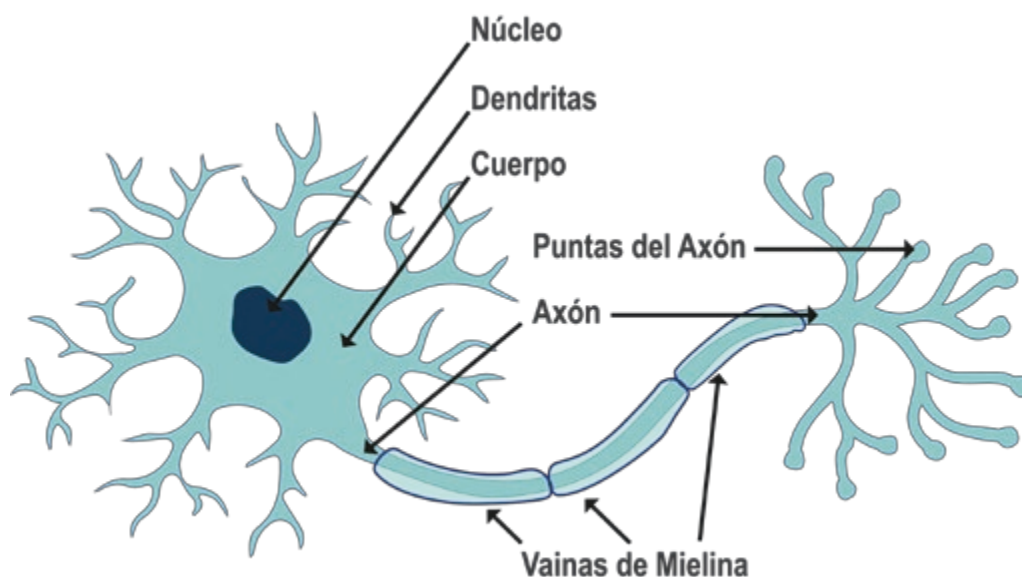
Introducción al Cerebro

- Diferentes áreas del cerebro son responsables de diferentes funciones.
 - Movimiento (naranja);
 - Sensaciones (azul);
 - Visión (amarillo);
 - Coordinación (rosado);
 - Dolor (rosado oscuro);
 - Discernimiento (violeta);
 - Memoria (verde); y
 - Recompensa (naranja oscuro).



- El cerebro es un centro de comunicaciones que consiste en miles de millones de neuronas o células nerviosas.
- Cada neurona consiste en un cuerpo celular y un núcleo, una prolongación llamada axón, terminales de los axones, y muchas dendritas (proyecciones similares a ramificaciones).

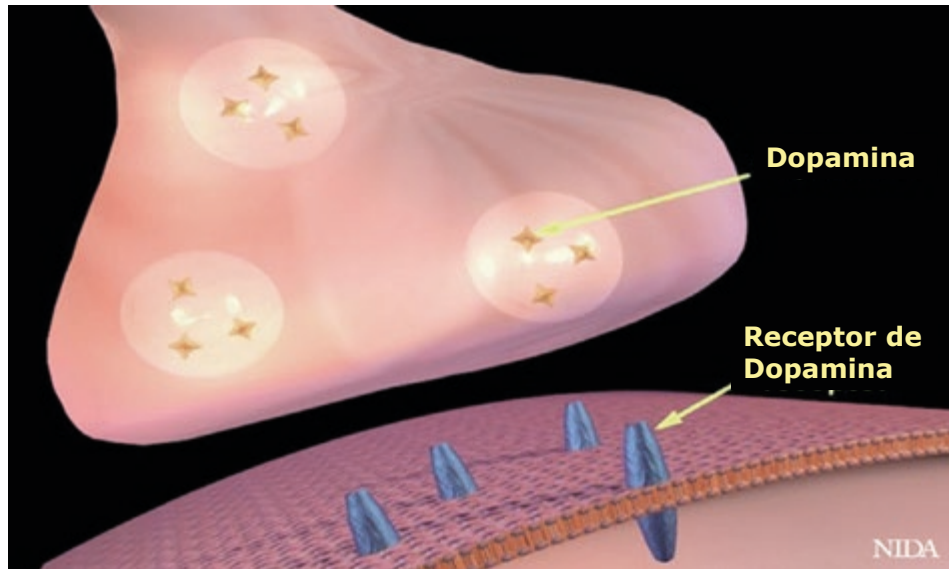
- Una neurona envía mensajes a otras células a través de los terminales de los axones y recibe mensajes de otras células en sus sitios receptores. El cuerpo celular dirige todas las actividades de la neurona.
- Las dendritas (las partes similares a ramas de un árbol) son pequeñas fibras cubiertas con sitios receptores. Estos sitios receptores reciben mensajes de otras neuronas y transmiten estos mensajes al cuerpo celular.
- El axón es una fibra única larga que envía impulsos, o mensajes, desde el cuerpo celular a las dendritas de otras neuronas. El axón está cubierto con una vaina de mielina; la mielina aísla al axón y aumenta la velocidad a la que viajan los impulsos.



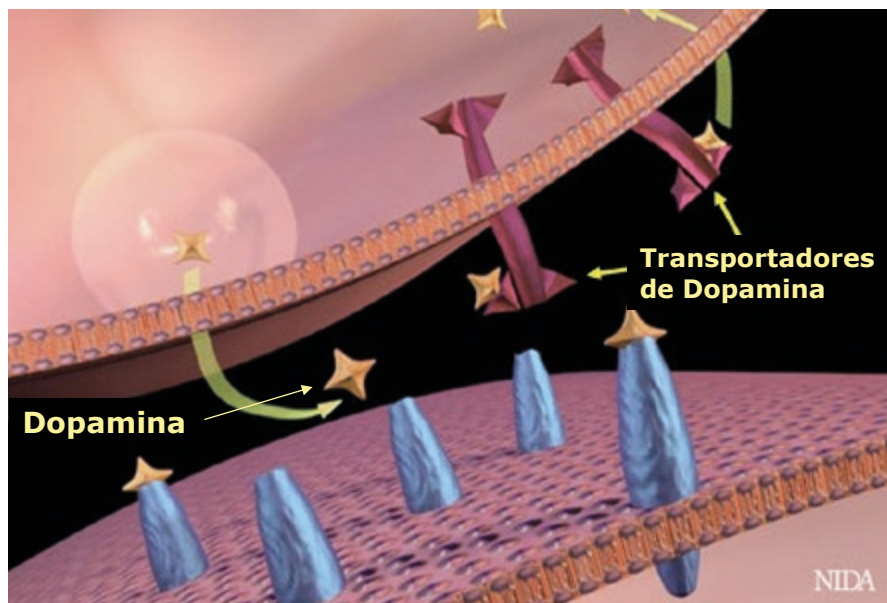
- Redes de neuronas intercambian mensajes entre las diferentes estructuras dentro del cerebro, la columna vertebral (el sistema nervioso central) y el sistema nervioso periférico. El sistema nervioso periférico incluye todos los nervios que van a los brazos, piernas, manos y pies — básicamente todos los sistemas nerviosos externos al sistema nervioso central.
- Estas redes nerviosas coordinan y regulan todo lo que sentimos, pensamos y hacemos.
- Cada célula nerviosa en el cerebro envía y recibe mensajes en forma de impulsos químicos:
 - Estas sustancias químicas se llaman neurotransmisores.
 - El cerebro tiene muchos neurotransmisores diferentes.
 - La neurona emisora libera un neurotransmisor desde el terminal de su axón a través de un espacio entre las neuronas llamado sinapsis o hendidura sináptica.
 - Un neurotransmisor se conecta a un sitio especializado de la célula receptora llamado receptor.
 - Una vez que la neurona receptora recibe y procesa el mensaje, se convierte en la emisora y transmite el mensaje a otras neuronas.

MANUAL DEL/LA PARTICIPANTE

- La imagen muestra la dopamina como el neurotransmisor entre las neuronas.
- La **dopamina** color amarillo está en la neurona emisora.
- Los **receptores** color azul de la dopamina están en la neurona receptora.



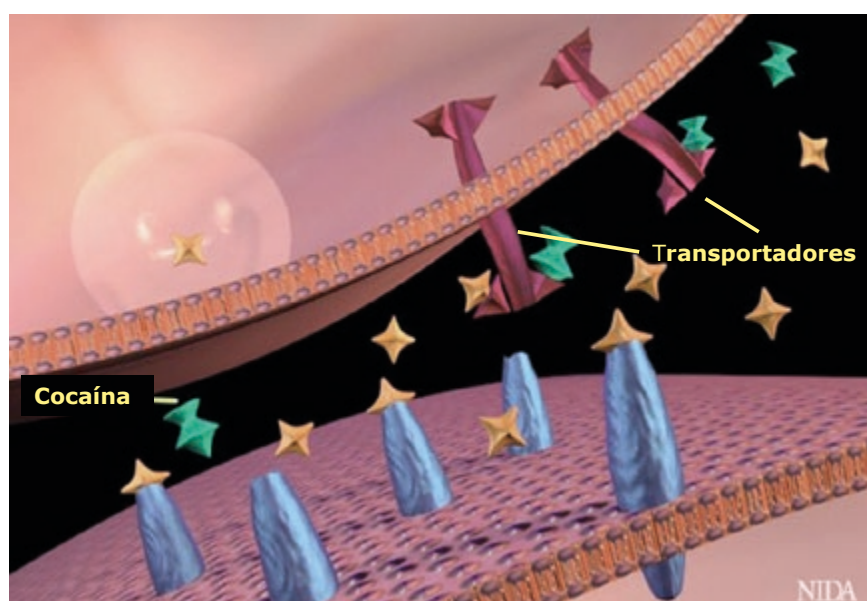
- Un neurotransmisor y su receptor funcionan como una llave y un candado. Cada receptor enviará el mensaje apropiado solamente después de haber interactuado con el tipo correcto de neurotransmisor.



- Una vez que la dopamina es liberada por la célula emisora, atraviesa la sinapsis y entra en contacto con sus receptores; los transportadores situados en la célula emisora reciclan la dopamina, devolviéndola a la célula que la liberó. Esto se denomina recaptación.
- La recaptación detiene la señal entre neuronas una vez que el mensaje ha sido comunicado.

Las sustancias psicoactivas y la comunicación cerebral

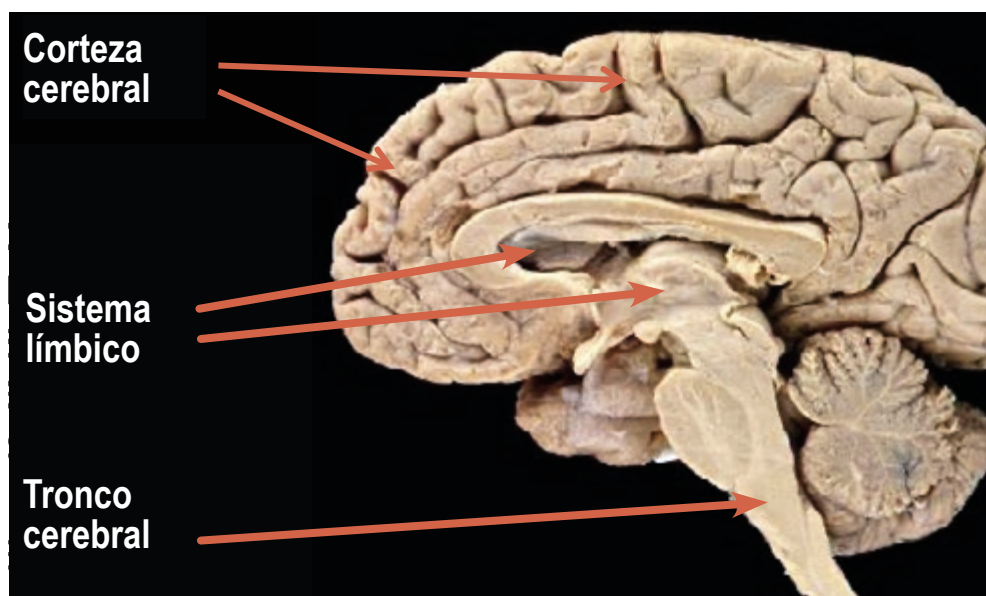
- Las sustancias psicoactivas son sustancias químicas que se introducen en el sistema de comunicación del cerebro e imitan o alteran el modo en que las células nerviosas envían, reciben y procesan normalmente la información.
- Algunas sustancias psicoactivas, como la marihuana y la heroína, pueden activar las neuronas debido a que su estructura química imita la de un neurotransmisor natural. Esta similitud en la estructura engaña a los receptores y permite que las sustancias se acoplen a las células nerviosas y las activen.
- Entre tanto, la comunicación de los neurotransmisores correctos con la neurona queda bloqueada.
- Aunque estas sustancias imitan a las sustancias químicas del cerebro, no activan las células nerviosas del mismo modo que un neurotransmisor natural, y transmiten mensajes anormales a través de la red.
- Otras sustancias psicoactivas, como la anfetamina o la cocaína, pueden hacer que las células nerviosas liberen cantidades anormalmente grandes de neurotransmisores naturales o que impidan la recaptación normal de estas sustancias químicas del cerebro. Esta alteración produce un mensaje muy amplificado, lo que acaba interrumpiendo los canales de comunicación.
- Ejemplo — La cocaína (impide la recaptación normal):
 - La dopamina (representada por las estrellitas color naranja) se libera normalmente desde la neurona emisora y entra en contacto con su sitio receptor (óvalos azules) como es habitual.
 - Sin embargo, la cocaína (pequeñas formas verdes) se ha acoplado a los transportadores, y éstos no pueden hacer su trabajo de reciclar la dopamina y enviarla de vuelta a la célula emisora.
 - La dopamina continúa circulando y haciendo contacto con los receptores.
 - Mientras tanto, la comunicación no se ha interrumpido, debido a que la dopamina no ha sido devuelta a la célula emisora.
 - En consecuencia, la dopamina sigue siendo liberada y los receptores se inundan. Esta inundación produce los efectos de la cocaína.



- Ejemplo — La heroína (imita a los neurotransmisores):
 - Los efectos de la heroína difieren de los de la cocaína. La heroína imita la acción de los neurotransmisores.
 - Las endorfinas y las encefalinas son los neurotransmisores naturales responsables de producir las respuestas de placer y de bloqueo del dolor.
 - Estas sustancias naturales envían sus mensajes de la misma manera que todos los neurotransmisores — entrando en contacto con sus sitios receptores. Estos sitios particulares reciben el nombre de receptores de opioides.
 - Los receptores de opioides reconocen la heroína y otros opioides y permiten que las sustancias se acoplen.
 - El opioide efectivamente toma el lugar de las endorfinas y de las encefalinas naturales.
 - Sin embargo, la sustancia produce un efecto más fuerte que el producido por los neurotransmisores naturales, y no existe una señal natural que permita detener la comunicación.

La adicción y el circuito de recompensa

- La forma en que el cerebro se comunica es la misma en todo el cerebro. Sin embargo, diferentes partes del cerebro son responsables de coordinar y realizar funciones específicas, y ciertas áreas del cerebro se ven más afectadas que otras por el uso de sustancias.
- Las áreas del cerebro que son mayormente afectadas por el uso de sustancias y la adicción son el tronco encefálico, la corteza cerebral y el sistema límbico.
- El tronco encefálico controla funciones vitales, tales como el ritmo cardíaco, la respiración y el sueño.
- La parte frontal de la corteza, la corteza cerebral o cerebro anterior, procesa información de nuestros sentidos y es el centro del pensamiento y de la capacidad de discernimiento del cerebro. Activa nuestra capacidad de pensar, planificar, resolver problemas y tomar decisiones.
- El sistema límbico contiene el circuito de recompensa del cerebro. El sistema límbico conecta una serie de estructuras del cerebro que controlan la memoria emocional y regulan la capacidad de sentir placer. Sentir placer nos motiva a repetir comportamientos, como comer, que son fundamentales para la existencia.
- El sistema límbico se activa cuando realizamos estas actividades y por las sustancias de abuso. Además, el sistema límbico es responsable de la percepción de otras emociones, tanto positivas como negativas, lo que explica las propiedades de muchas sustancias psicoactivas para alterar el estado de ánimo.
- El sistema límbico está dividido en áreas que controlan funciones específicas. Las diferentes áreas procesan la información de nuestros sentidos, permitiéndonos ver, oler, sentir, oír y saborear.



- El circuito de recompensa del cerebro, en el sistema límbico, es fundamental en el desarrollo de la adicción.
- Nuestros cerebros están conectados para asegurar que repitamos las actividades que nos mantienen vivos, asociando esas actividades con el placer o con la recompensa.
- Este placer o recompensa está relacionado en gran medida con el neurotransmisor dopamina. Ciertas actividades de supervivencia, como comer y tener sexo, estimulan la producción de dopamina.
- Todas las sustancias psicoactivas de abuso apuntan además, directa o indirectamente, al sistema de recompensa del cerebro, inundando el circuito con dopamina y/u otros neurotransmisores.
- Sin embargo, las recompensas inducidas por las sustancias son mucho más potentes que las recompensas naturales. Cuando se usan algunas sustancias de abuso, pueden liberar 2 a 10 veces la cantidad de dopamina que liberan las recompensas naturales. En algunos casos, esto ocurre casi inmediatamente (como cuando las sustancias se fuman o se inyectan). Los efectos también pueden durar mucho más que los producidos por las recompensas naturales.
- Esta sobreestimulación del circuito de recompensa produce los efectos de euforia que buscan las personas que abusan de sustancias psicoactivas y les enseña a repetir el comportamiento.
- Cuando este circuito de recompensa se activa de forma natural, el cerebro nos advierte que está ocurriendo algo importante que debe ser recordado y nos enseña a hacerlo una y otra vez, sin pensar en ello. Debido a que las sustancias psicoactivas de abuso estimulan el mismo circuito, las personas aprenden a abusar de las sustancias de la misma manera.
- Los efectos resultantes en el circuito de placer del cerebro superan aquellos producidos por comportamientos naturalmente gratificantes como comer y tener sexo.
- El efecto de una recompensa tan potente motiva fuertemente a las personas a consumir sustancias psicoactivas una y otra vez.
- Esta sobreestimulación del sistema de recompensa se complica aún más, lo que lleva al cerebro a intentar compensar y restablecer el equilibrio.

- El cerebro se ajusta a los abrumadores incrementos de dopamina (y de otros neurotransmisores) produciendo menos dopamina o reduciendo el número de receptores que puedan recibir y transmitir señales.
- Como resultado, el efecto de la dopamina en el sistema de recompensa del cerebro de una persona que abusa de sustancias puede llegar a ser anormalmente bajo, y se reduce la capacidad de experimentar cualquier placer inducido por estímulos normales.
- Por ello, la persona que abusa de sustancias termina sintiéndose apática, deprimida y no puede disfrutar de las cosas que antes le producían placer.
- Entonces, la persona tiene que usar la sustancia sólo para llevar la funcionalidad de la dopamina de vuelta a la normalidad. La persona debe usar mayores cantidades de la sustancia de lo que usaba al principio para crear la euforia de la dopamina — un efecto conocido como tolerancia.
- Del mismo modo que el abuso continuado puede conducir a la tolerancia (la necesidad de más cantidad de la droga para producir el mismo efecto), también puede conducir a la adicción, que puede llevar a la persona a buscar y consumir sustancias psicoactivas de forma compulsiva.
- La adicción a las sustancias erosiona el autocontrol de la persona y su capacidad para tomar decisiones acertadas, al tiempo que le provoca intensos impulsos para consumir sustancias psicoactivas. Con el tiempo, la persona dedica menos tiempo a pensar en otras áreas de su vida y más tiempo a pensar en encontrar y consumir sustancias psicoactivas.
 - Al comienzo, la persona usa una sustancia casualmente o de forma experimental (el uso recreacional o circunstancial del que hablamos ayer). Los demás intereses de su vida se mantienen intactos y en equilibrio.
 - Finalmente, la persona dedica la mayor parte de su energía a buscar y usar sustancias (uso compulsivo o adicción).

Vulnerabilidad a la adicción

- Las personas empiezan a usar sustancias psicoactivas por diversos motivos:
 - Curiosidad;
 - Porque sus amigos(as) lo hacen;
 - Para sentirse bien; para celebrar;
 - Para sentirse mejor; y
 - Para tener un mejor desempeño.
- Las sustancias nos hacen sentir bien. La mayoría de las sustancias de abuso producen una intensa sensación de placer. A la sensación inicial de euforia le siguen otros efectos, que difieren según el tipo de sustancia consumida. Por ejemplo, con estimulantes como la cocaína, la euforia va seguida de sentimientos de poder, de confianza en sí mismo y de aumento de la energía. Por otra parte, la euforia causada por los opioides, como la heroína, va seguida de sentimientos de relajación y de satisfacción.
- Algunas personas empiezan a usar sustancias porque quieren sentirse mejor. Por ejemplo:
 - Disminuir sentimientos de depresión o tristeza;
 - Sentir menos ansiedad;
 - Disminuir el estrés;

- Sentir menos cansancio;
- Reducir el dolor físico; y
- Sentirse más aceptada socialmente.
- Algunas personas empiezan a usar una sustancia porque se la prescribieron por motivos médicos (usualmente para tratar el dolor).
- Algunas personas que sufren de ansiedad social, de trastornos relacionados con el estrés y depresión comienzan a abusar de las sustancias para disminuir los sentimientos de angustia. El estrés puede desempeñar un papel importante en el inicio del uso de sustancias, en la persistencia del abuso de sustancias o en la recaída de quienes se están recuperando de una adicción.
- Algunas personas empiezan a usar sustancias psicoactivas para tener un mejor desempeño.
 - Para mejorar la concentración o ser capaz de estudiar durante más tiempo;
 - Para sentirse “más inteligente”;
 - Para mejorar su desempeño deportivo; y
 - Para hacer más trabajo en un periodo de tiempo más corto o permanecer despierto más tiempo.
- Sea cual sea el motivo por el que una persona se inicia en el consumo de sustancias psicoactivas, nunca va a considerar entre sus planes convertirse en una persona adicta.
- Las personas que usan sustancias psicoactivas sólo las están probando, ya sea por una vez o por un par de veces. Toda persona que padece un trastorno por uso de sustancias comienza como un consumidor ocasional, y ese consumo inicial es una decisión voluntaria y controlable.
- A medida que pasa el tiempo y el uso continúa, una persona puede pasar del uso voluntario al uso compulsivo.
- Entonces, ¿por qué no todas las personas que prueban una sustancia desarrollan una adicción?
 - La razón es que la vulnerabilidad a la adicción varía de una persona a otra. En general, cuantos más factores de riesgo tenga un individuo, mayor será la probabilidad de que el uso de sustancias psicoactivas lleve al abuso y la adicción.
- No existe un factor único que determine si una persona desarrollará una adicción. El riesgo general de adicción es afectado por factores tanto biológicos como ambientales y por la interacción entre ambos.
- El género o la etnia influyen en el riesgo, y las personas con trastornos mentales parecen presentar un mayor riesgo de abuso de sustancias y de adicción que la población general.
- La edad también es importante. Si bien consumir sustancias psicoactivas a cualquier edad puede conducir a la adicción, las investigaciones demuestran que entre más temprano en la vida de una persona se comience a usar sustancias, mayores son las probabilidades de que esa persona evolucione hacia un abuso más grave³.
- Los científicos(as) estiman que los factores genéticos representan entre el 40 y el 60 por ciento de la vulnerabilidad de una persona a la adicción, incluyendo los efectos del entorno sobre la expresión y la función de los genes.

3 U.S. National Institute on Drug Abuse. (2014). Drugs, Brain and Behavior: The science of addiction. Obtenido en marzo 22, 2017 de <http://www.drugabuse.gov/publications/drugs-brains-behavior-science-addiction/drug-abuseaddiction>.

- De hecho, hay cierta evidencia de que incluso la probabilidad de que una persona empiece a usar una sustancia puede verse influida en gran medida por factores genéticos. Por ejemplo, un amplio estudio reciente reveló que el consumo de marihuana y de alcohol parecía estar influenciado por factores genéticos comunes⁴.
- Los genes son unidades funcionales que forman nuestro ADN. Cada gen es como un libro que almacena información. Un gen contiene la información necesaria para formar una proteína o ácido ribonucleico (ARN), los componentes básicos de la vida.
- Las investigaciones sobre el genoma humano han demostrado que las secuencias de ADN de dos individuos son idénticas en un 99.9%. Sin embargo, ese 0.1 por ciento de variación es profundamente importante, ya que contribuye a diferencias visibles, como la altura y el color del pelo, así como a diferencias no visibles, como el aumento del riesgo de sufrir un ataque al corazón, un derrame cerebral, diabetes y adicción, o la protección frente a ellos⁵.
- Algunas enfermedades, como la anemia de células falciformes o la fibrosis quística, son causadas por un error en un solo gen. Sin embargo, la mayoría de las enfermedades, incluida la adicción, son más complicadas y surgen de complejas interacciones entre múltiples genes y de interacciones genéticas con influencias ambientales.
- Por ejemplo, la susceptibilidad a la hipertensión arterial está influida tanto por la genética como por el estilo de vida, incluyendo la dieta, el estrés y el ejercicio. Las investigaciones sugieren que los genes también pueden influir en la forma en que una persona responde a su entorno, lo que sitúa a algunos individuos en mayor riesgo que otros.
- Existen algunos factores ambientales que influyen en el desarrollo de la adicción. Estos factores incluyen condiciones en el hogar, en la escuela, en el trabajo o en el vecindario.
- Los padres o miembros de la familia de mayor edad que abusan de sustancias psicoactivas o que se involucran en comportamientos delictivos pueden aumentar el riesgo de que los hijos(as) desarrollen problemas de uso de sustancias.
- Las amistades y los conocidos(as) tienen una gran influencia durante la adolescencia, pero pueden influir en el consumo a cualquier edad. La falta de apoyo familiar o social, la escasez de habilidades sociales, las experiencias traumáticas y otros factores similares también aumentan el riesgo de adicción de una persona.
- Los factores culturales también influyen. Si una cultura determinada rechaza firmemente el uso de sustancias, la tasa de adicción podría ser menor. Sin embargo, si el uso de sustancias forma parte integral de las celebraciones culturales, podría haber pocos desincentivos para que una persona se inicie y continúe con el consumo.
- La forma en que se usa una sustancia también es un factor. Fumar o inyectarse una sustancia aumenta su potencial adictivo. Tanto las sustancias fumadas como las que se inyectan entran en el cerebro en cuestión de segundos, produciendo una potente sensación de placer.
- Sin embargo, este intenso placer puede desvanecerse en minutos, llevando a la persona que usa la sustancia a niveles más bajos de lo normal. Es un fuerte contraste, y los científicos(as) creen que esta sensación de desvanecimiento del placer lleva a los individuos al uso repetido de sustancias para recuperar el estado placentero y la euforia.

4 Sartor, C.E., Grant, J.D., Bucholz, K.K., Madden, P.A.F., Heath, A.C., Agrawal, A., et al. (2010). Common genetic contributions to alcohol and cannabis use and dependence symptomatology. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 34(3), 545–554.

5 NIDA. 2019, August 5. Genetics and Epigenetics of Addiction DrugFacts

Módulo 4

EL ESTIGMA SOCIAL

<i>Contenido y Programa de Trabajo</i>	77
<i>Metas de la capacitación y objetivos de aprendizaje</i>	77
<i>Diapositivas en PowerPoint</i>	78
<i>Resumen</i>	147

Contenido y Programa de Trabajo

Actividad	Duración	Persona Responsable
Introducción al Módulo 4	10 minutos	
Presentación: El estigma social	25 minutos	
Ejercicio en grupos pequeños: Juego de roles sobre el estigma.	60 minutos	
Síntesis del Día 2	20 minutos	

Metas y Objetivos del Módulo 4**Metas de la Capacitación**

Introducir el concepto de estigma social y estimular la reflexión sobre el estigma y sus posibles efectos.

Objetivos de Aprendizaje

Los/Las participantes que completen el Módulo 4 serán capaces de:

- Definir el estigma social;
- Describir los posibles efectos del estigma relacionados con la adicción; y
- Describir al menos tres estrategias para contrarrestar el estigma.



UNIVERSAL
CURRICULUM
Treatment of Substance Use Disorders

UTC

Currículo de Tratamiento Universal para
Trastornos por Uso de Sustancias

Introducción a la Ciencia de la Adicción

MODULO 4

EL ESTIGMA SOCIAL

Curso 1



Módulo 4 – Objetivos de Aprendizaje

- Definir el estigma social.
- Describir los posibles efectos del estigma relacionados con la adicción.
- Describir al menos tres estrategias para contrarrestar el estigma.

4.2

4.3

¿Cómo se desarrolla el estigma?

El estigma puede surgir cuando ciertos procesos sociales coinciden con una dinámica de poder:

- etiquetado (asignación de categorías sociales).
- estereotipos (las etiquetas están relacionadas con los estereotipos).
- separación [ellos / ellas – nosotros(as)].

En otras palabras, el estigma puede producirse cuando el poder lo ejerce un grupo social predominante, un referente de lo que se considera "normal", sobre un grupo minoritario que tiene menos poder.

Link, B.G y Phelan, J.C, Conceptualizing Stigma, Annual Review of Sociology 27 863-385), 2001.

4.4

La discriminación

- La discriminación se produce cuando las personas con TUS son percibidas como menos valiosas y tratadas injustamente (es decir, discriminadas) por otros individuos. Las prácticas institucionales perjudican a las personas con TUS.

Ref: Lawrence Yang, Liang Y. Wong, Margaux M. Grivel, and Deborah S. Hasin (2017)

4.5

El Estigma Social



- El estigma social suele conducir a pérdida de estatus, discriminación y exclusión de una participación significativa en la sociedad.

4.6

El Estigma Social

- El estigma puede interferir con un tratamiento eficaz:
 - Una persona que percibe que la adicción es estigmatizada podría sentir vergüenza y ser reacia a buscar tratamiento.
 - Los apoyos sociales para la recuperación podrían no ser adecuados en una comunidad que estigmatiza la adicción.

4.7

Estudio sobre el Estigma

- Diversos estudios cualitativos han proporcionado una visión general de las experiencias de estigmatización de personas que necesitan tratamiento por abuso de sustancias. Se reportaron sentimientos de vergüenza, humillación y culpa.
- Las personas con TUS también manifestaron una necesidad de mantener en secreto tanto su consumo como cualquier intento de buscar tratamiento.
- Los sentimientos y la necesidad de confidencialidad surgen de un fuerte deseo de evitar aceptar la identidad de "adicto(a)" o de "drogadicto(a)".
- Los/las participantes en el estudio plantearon que habían buscado ayuda de un médico generalista específicamente para evitar el estigma de las fuentes sociales; en tanto participantes de otros estudios señalaron que el apoyo emocional de los seres queridos había facilitado la búsqueda de ayuda formal para el abuso de sustancias.

4.8

4.9

El estigma

- El estrés de ocultar un TUS, ya sea por vergüenza o para evitar respuestas estigmatizantes de los demás, puede causar otros problemas médicos y sociales, y dificultar aún más la búsqueda de tratamiento.



4.10

El estigma entre Profesionales de la Salud

- En general, los/las profesionales de la salud tenían una actitud negativa hacia las personas usuarias con trastornos por uso de sustancias. Percibían la violencia, la manipulación y la escasa motivación como factores que impedían la prestación de atención de salud a estas personas usuarias.
- Además, los/las profesionales de la salud carecían de la educación, la capacitación y las estructuras de apoyo adecuadas para trabajar con este grupo de usuarios(as).
- Las actitudes negativas de los/las profesionales de la salud disminuían los sentimientos de empoderamiento de las personas usuarias y los resultados posteriores del tratamiento.
- En la prestación de la atención de salud, los/las profesionales de la salud suelen involucrarse menos y tienen un enfoque más orientado a tareas, lo que da lugar a un menor compromiso personal y a una menor empatía.

4.11

- Drogadicto(a)
- Drogo(a)
- Volado(a)
- Pichicatero(a)
- Estar volado(a)
- Abusador(a)

4.12

El Lenguaje del Estigma

- Limpio(a).
- Sucio(a).

4.13

El Lenguaje de la Recuperación: Las personas primero

- Una persona con un trastorno por uso de sustancias.
- Una persona que se inyecta drogas.
- Una persona con una adicción.

4.14

Ejercicio en grupos pequeños: Juego de roles sobre el estigma

- Utilicen como base el estudio de caso que crearon durante el último ejercicio.
- Desarrollen un juego de roles de 3-4 minutos que exponga el estigma.

4.15

El Estigma

- Puede llevar a predicciones autocumplidas respecto a que las personas que tienen una adicción no pueden recuperarse o cumplir un rol positivo y productivo en la sociedad.
- Puede llevar a la discriminación (p. ej., empleadores que se rehúsan a contratar a alguien que esté en recuperación).
- Puede llevar a que las personas que sufren una adicción se sientan desesperadas y renuentes a buscar ayuda.

4.16

¡Las Palabras Importan! Evitar el Lenguaje Estigmatizante en el Tratamiento de los TUS

- El lenguaje estigmatizante puede influir negativamente en las percepciones del personal de atención de salud de las personas con TUS, lo que puede repercutir en la atención que prestan.
- El lenguaje estigmatizante y el comportamiento irrespetuoso afectan la forma en que las personas con TUS se ven a sí mismas y el modo en que las trata la sociedad en su conjunto.
- Es importante recordar que un trastorno por uso de sustancias debe ser tratado como una condición médica.
- Cambiar el lenguaje para reflejar con mayor precisión la naturaleza de la condición de salud puede conducir a un mayor apoyo de intervenciones que salvan vidas.

4.17

■ **Lenguaje no estigmatizante.** Algunas acciones para realizar:

- Capacitar a profesionales médicos, enfermeros(as), enfermeros(as) practicantes, asistentes médicos y personal de los servicios de urgencias en la prestación de una atención compasiva a personas que podrían mostrar comportamientos difíciles, y a veces aterradores, asociados a la adicción y a la abstinencia de drogas.
- Promover la toma de conciencia de la adicción como una enfermedad cerebral crónica recurrente (y tratable).
- Utilizar un lenguaje que priorice a la persona y permitir que éstas escojan la forma en que se les describa. El lenguaje que prioriza a la persona conserva la integridad de los individuos como seres humanos plenos — eliminando lenguaje que asimila a las personas a su condición o que tiene connotaciones negativas.

4.18

Ejercicio de reflexión

- ¿Algo de lo que han escuchado les ha sorprendido?
- ¿Les resulta complejo aceptar un modelo de enfermedad crónica de la adicción?
- ¿Ha cambiado su forma de pensar de alguna manera?
- ¿De qué maneras podrían luchar contra el estigma en sus comunidades?

4.19

Módulo 4 —

El Estigma Social, Resumen

El Estigma Social

- El estigma se define como una marca, un signo, un atributo profundamente desacreditador y deshonroso que reduce a un individuo de ser una persona completa y normal a un ser menospreciado y devaluado. Es un atributo, un comportamiento o una reputación que desacredita socialmente de una manera determinada:
 - Hace que un individuo sea clasificado mentalmente por los demás dentro de un estereotipo indeseable y rechazado en lugar de uno aceptado y normal.
 - Se define como un tipo especial de brecha entre una identidad social virtual y una identidad social real¹.
- El estigma puede surgir cuando ciertos procesos sociales coinciden con una dinámica de poder:
 - etiquetado (asignación de categorías sociales),
 - estereotipos (las etiquetas están relacionadas con los estereotipos),
 - separación [ellos / ellas – nosotros(as)].
- En otras palabras, el estigma puede producirse cuando el poder lo ejerce un grupo social predominante, un referente de lo que se considera “normal”, sobre un grupo minoritario que tiene menos poder².
- Es importante señalar que, tanto las instituciones públicas como las privadas, incluidos los programas de tratamiento, desempeñan también un papel en la construcción del estigma en lo que respecta a las personas que usan sustancias. En consecuencia, es de suma importancia que las instituciones revisen sus prácticas, reflexionen sobre sus conceptualizaciones con respecto a la población a la que deben atender y desarrollen iniciativas de educación y de formación.
- La discriminación se produce cuando las personas con TUS son percibidas como menos valiosas y son tratadas injustamente (es decir, discriminadas) por otros individuos. La discriminación puede producirse cuando las personas tratan a otros seres injustamente, o cuando las prácticas institucionales perjudican a las personas con TUS.
- El estigma social suele conducir a pérdida de estatus, a discriminación y a exclusión de una participación significativa en la sociedad.
- El estigma tiende a surgir cuando no se comprende la verdadera naturaleza de una condición. El estigma puede interferir con el tratamiento efectivo de cualquier enfermedad, incluyendo los trastornos por uso de sustancias (o TUS). Por ejemplo:
 - Una persona que percibe que la adicción es estigmatizada podría sentir vergüenza y sentirse renuente a buscar tratamiento; y

1 Goffman, Erving (2009). Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity. New York: Simon and Schuster. p. 1. ISBN 978-0-671-62244-2

2 Link, B.G y Phelan, J.C, Conceptualizing Stigma, Annual Review of Sociology 27 863-385), 2001.

- Los apoyos sociales para la recuperación podrían no ser adecuados en una comunidad que estigmatiza la adicción.
- Las personas que sufren una adicción a menudo tienen otras condiciones o experiencias que también podrían ser estigmatizadas, como VIH/SIDA, o trastornos mentales.
- En una búsqueda sistemática de la literatura sobre el estigma social percibido y el auto-estigma relacionado con la búsqueda de tratamiento para los TUS y los TCA (Trastornos por Consumo de Alcohol), los resultados sobre experiencias cualitativas de estigma revelaron que:
 - Diversos estudios cualitativos han proporcionado una visión general de las experiencias de estigmatización de personas que necesitan tratamiento por abuso de sustancias. Se reportaron sentimientos de vergüenza, de humillación y de culpa.
 - Las personas con TUS también manifestaron una necesidad de mantener en secreto tanto su consumo como cualquier intento de buscar tratamiento. Esta búsqueda de confidencialidad se relacionó con la percepción de estigma de parte de los proveedores(as) de atención de salud en la práctica general y en los entornos de emergencia, que podrían ser la primera fuente de ayuda disponible, y en consecuencia, se planteaba que la necesidad de confidencialidad explicaba los retrasos en la búsqueda de tratamiento.
 - Dos estudios sugirieron que estos sentimientos y la necesidad de confidencialidad procedían de un fuerte deseo de evitar aceptar la identidad de “adicto(a)” o de “drogadicto(a)”, mientras que otros dos estudios revelaron que incluso aquellas personas que habían intentado buscar tratamiento podrían desvincularse al surgir conflictos de identidad.
 - Por otra parte, los/las participantes de un estudio plantearon que habían buscado ayuda de un(a) médico generalista específicamente para evitar el estigma de las fuentes sociales; en tanto participantes de otros estudios señalaron que el apoyo emocional de los seres queridos había facilitado la búsqueda de ayuda formal para el abuso de sustancias³.
- El estigma, bajo la forma de discriminación y de prejuicios, puede excluir a las personas con trastornos por uso de sustancias de actividades abiertas a los demás. Esto puede tener un impacto negativo en la recuperación al limitar su capacidad de:
 - Obtener/mantener un empleo;
 - Obtener/mantener una vivienda;
 - Obtener atención de la salud (incluyendo tratamiento de Salud Mental/TUS);
 - Ser aceptado(a) por familia/amistades;
 - Encontrar/hacer amistades o establecer otras relaciones duraderas;
 - Participar en actividades sociales⁴.
- El estigma es un aspecto complejo de la adicción porque hace más difícil que las personas y las familias se enfrenten a sus problemas y obtengan la ayuda que necesitan. Las personas estigmatizadas suelen internalizar el rechazo que conlleva el estigma, transformándolo en vergüenza.

3 Hammarlund, R., Crapanzano, K. A., Luce, L., Mulligan, L., & Ward, K. M. (2018). Review of the effects of self-stigma and perceived social stigma on the treatment-seeking decisions of individuals with drug- and alcohol-use disorders. *Substance abuse and rehabilitation*, 9, 115–136. <https://doi.org/10.2147/SAR.S183256>

4 Corrigan P., Watson, A., (2002) Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1 (1):16-20

- Los autores(as) del estudio de la Universidad de Nevada descubrieron que las personas que sienten que tienen que enfrentar una adicción por sí solas (lo que denominaron “afrontamiento en secreto”) tenían una peor salud mental, que parecía disminuir sus posibilidades de recuperación.
- El afrontamiento en secreto también puede hacer que el acceso a tratamiento sea más difícil. Por ejemplo, el miedo suele llevar a los/las adolescentes a ocultar a sus padres un problema con las sustancias. Cuando los padres llegan a enterarse, el estigma puede hacerles sentir culpables y avergonzados. En consecuencia, podría resultarles más difícil luchar por la atención y los recursos que su hijo(a) necesita urgentemente.
- Los sistemas y las personas que proporcionan ayuda en el tratamiento no están inmunes a los prejuicios. Los/las profesionales del tratamiento también podrían involuntariamente estigmatizar a las personas usuarias con el lenguaje que utilizan y otras actitudes negativas hacia ellas⁵.
- En general, los/las profesionales de la salud tenían una actitud negativa hacia las personas usuarias con trastornos por uso de sustancias. Percibían la violencia, la manipulación y la escasa motivación como factores que impedían la prestación de atención de salud a estas personas usuarias.
- Además, los/las profesionales de la salud carecían de la educación, la capacitación y las estructuras de apoyo adecuadas para trabajar con este grupo de usuarios(as).
- Las actitudes negativas de los/las profesionales de la salud disminuían los sentimientos de empoderamiento de las personas usuarias y los resultados posteriores del tratamiento.
- En la prestación de la atención de salud, los/las profesionales de la salud suelen involucrarse menos y tienen un enfoque más orientado a tareas, lo que da lugar a un menor compromiso personal y a una menor empatía.
- Términos que son comúnmente utilizados para describir a las personas con TUS y sus problemas:
 - Drogadicto(a)
 - Drogo(a)
 - Volado(a)
 - Pichicatero(a)
 - Estar volado(a)
 - Abusador(a)
- Estos términos podrían ser estigmatizantes por diversas razones:
 - No hacen una distinción entre la persona y la enfermedad, negando la dignidad y la individualidad de la persona.
 - Implican una permanencia de la condición de tener un TUS, sin dejar espacio para un cambio de estatus.
 - Suelen utilizarse como insultos por el público en general.

5 Leonieke C. van Boekel, Evelien P.M. Brouwers, Jaap van Weeghel, Henk F.L. Garretsen, Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review, Drug and Alcohol Dependence, Volume 131, Issues 1–2, 2013, Pages 23-35, ISSN 0376-8716, <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018>. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0376871613000677>)

- Del mismo modo, los términos como “limpio(a)” o “sucio(a)” refuerzan el estigma. Cuando se utiliza la palabra “limpio(a)” para describir a alguien que está en recuperación, se da a entender que alguna vez estuvo sucio(a). Cuando estos términos se utilizan para describir los resultados positivos o negativos de una prueba de drogas, que deberían asociarse a los síntomas de una enfermedad, se vinculan con la suciedad, reforzando el lenguaje estigmatizante.
- Una forma de evitar el uso de un lenguaje estigmatizante es recordar poner a las personas primero:
 - Una persona con un trastorno por uso de sustancias;
 - Una persona que se inyecta drogas; o
 - Una persona con una adicción.
- Los términos “cliente” y “paciente” describen el estado actual de una persona en tratamiento, y no quiénes son como individuos.
- La percepción de que las personas con una adicción son, de alguna manera, menos humanas o carentes de valor, puede:
 - llevar a predicciones autocumplidas, estableciendo que las personas que sufren una adicción no pueden recuperarse o cumplir un rol positivo o productivo en la sociedad;
 - llevar a la discriminación (p. ej., empleadores que se rehúsan a contratar a alguien que esté en recuperación); y
 - llevar a que las personas que sufren una adicción se sientan desesperadas y renuentes a buscar ayuda.
- No hay formas fáciles de abordar el estigma, pero tener conciencia de sus efectos y trabajar para reconocer y abordar los pensamientos y sentimientos negativos hacia las personas que sufren de una adicción puede conducir a resultados más positivos para los individuos y, finalmente, para la sociedad.
- Los/las terapeutas que trabajan con personas que sufren una adicción no son inmunes a experimentar prejuicios. Evaluar con honestidad sus propias actitudes y sentimientos puede ayudarles a trabajar más eficazmente con sus personas usuarias.

Cómo evitar el lenguaje estigmatizante en el tratamiento de los TUS

- ¡Los términos que utilizan los/las terapeutas para referirse a las personas usuarias y familias importan! Llamar a alguien “adicto(a)” deshumaniza a esa persona y puede vincular el trastorno por uso de sustancias a su identidad individual. Una persona no se define por su enfermedad o estado de salud.
- El lenguaje estigmatizante puede influir negativamente en las percepciones del personal de atención de la salud de las personas con TUS, lo que puede repercutir en la atención que prestan, en la forma en que las personas con TUS se ven a sí mismas, y en el modo en que son tratadas por la sociedad en su conjunto. Es importante recordar que un trastorno por uso de sustancias debe ser tratado como una condición médica.
- Cambiar el lenguaje para reflejar con mayor precisión la naturaleza de la condición de salud puede conducir a un mayor apoyo para intervenciones que salvan vidas.
- Es posible encontrar algunos términos que se deben evitar, términos para utilizar y por qué es necesario utilizarlos para reducir el estigma y los sesgos negativos al hablar de la adicción. Les invitamos a visitar NIDA: <https://www.drugabuse.gov/nidamed-medical-health-professionals/health-professions-education/wordsmatter-terms-to-use-avoid-when-talking-about-addiction>.

- Los/las profesionales médicos son por lo general los primeros puntos de contacto para una persona con un TUS. Los/las profesionales de la salud deben “tomar todas las medidas necesarias para reducir el potencial de estigma y de sesgo negativo”. Deben dar los primeros pasos para aprender los términos que se deben evitar y cuáles utilizar. Al hablar con personas con TUS y sus seres queridos, y con los/las colegas, deben utilizar lenguaje no estigmatizante que refleje una comprensión precisa y basada en la ciencia de los TUS, y que sea coherente con su rol profesional. Algunas acciones para realizar:
 - Capacitar a profesionales médicos(as), enfermeros(as), enfermeros(as) practicantes, asistentes médicos(as) y personal de los servicios de urgencias en la prestación de una atención compasiva hacia las personas usuarias que podrían mostrar comportamientos difíciles, y a veces aterradores, asociados a la adicción y a la abstinencia de drogas.
 - Promover la toma de conciencia de la adicción como una enfermedad cerebral crónica recurrente (y tratable).
 - Este esfuerzo debe incluir promover la comprensión de las consecuencias de la enfermedad en el comportamiento, así como de los factores que hacen que determinadas personas sean especialmente vulnerables. La susceptibilidad a los cambios cerebrales que conducen a un uso compulsivo de sustancias está esencialmente moldeada por factores genéticos, psiquiátricos, sociales y de desarrollo, muchos de los cuales están fuera del control de la persona.
 - Utilizar un lenguaje que priorice a la persona y permitir que éstas escojan la forma en que se les describa. El lenguaje que prioriza a la persona conserva la integridad de los individuos como seres humanos plenos — eliminando lenguaje que asimila a las personas a su condición o que tiene connotaciones negativas. Por ejemplo, referirse a una “persona con trastorno por uso de sustancias” tiene un tono neutro y distingue a la persona de su diagnóstico⁶.
- Si queremos desestigmatizar la adicción, necesitamos un lenguaje unificado. Hemos visto que las palabras que utilizamos importan. Es necesario ser cuidadosos(as), sobre todo cuando los trastornos en cuestión están muy estigmatizados, como los trastornos por uso de sustancias. El Instituto de Investigación de la Recuperación elaboró un glosario, The Addictionary (El Adiccionario), que incluye definiciones de más de 200 palabras relacionadas con la adicción, para ayudar a los/las profesionales médicos y al público en general a modificar su lenguaje sobre la adicción. Presten atención a los artículos (alerta de estigma)⁷.

6 ICD-11 : International Classification of Disease for Mortality and Morbidity Statistics. (Eleventh Revision ed.): World Health Organisation.

7 Recovery Research Institute, The Addictionary. <https://www.recoveryanswers.org/addiction-ary/>

Módulo 5

SUSTANCIAS DE ABUSO: CARACTERÍSTICAS Y CONSECUENCIAS

<i>Contenido y Programa de Trabajo</i>	<i>155</i>
<i>Metas de la capacitación y objetivos de aprendizaje.....</i>	<i>155</i>
<i>Diapositivas en PowerPoint</i>	<i>156</i>
<i>Páginas de Apoyo</i>	<i>186</i>
<i>Resumen</i>	<i>214</i>

Contenido y Programa de Trabajo		
Actividad	Duración	Persona Responsable
Bienvenida y análisis de la reflexión	45 minutos	
Introducción al Módulo 5	5 minutos	
Presentación: Revisión de las drogas de abuso	10 minutos	
Ejercicio en grupos pequeños: Características, efectos, y consecuencias de salud de drogas específicas, Parte 1 — Preparación	45 minutos	
Receso	15 minutos	
Ejercicio en grupos pequeños: Características, efectos, y consecuencias de salud de drogas específicas, Parte 2 — Presentaciones	60 minutos	
Presentación: Consecuencias del uso de drogas	20 minutos	
Ejercicio en grupos pequeños: Consecuencias del uso de drogas	30 minutos	
Almuerzo	60 minutos	
Ejercicio en grupos pequeños: El uso de drogas en la comunidad	45 minutos	
Presentación: Sistemas familiares	30 minutos	

Metas y Objetivos del Módulo 5

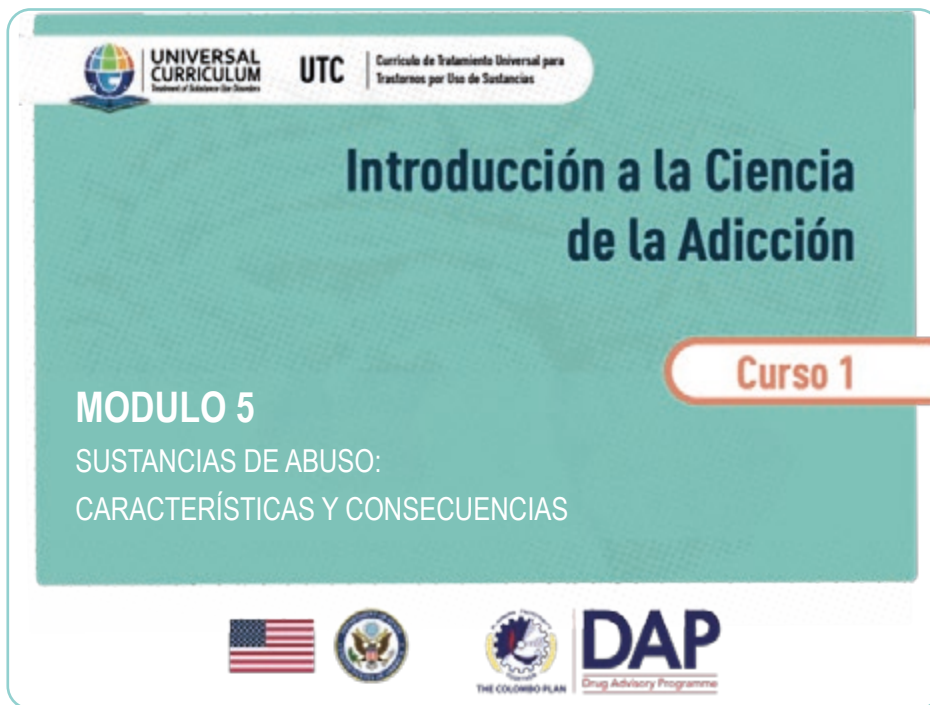
Metas de la Capacitación

- Proporcionar una visión general de las sustancias psicoactivas de abuso;
- Describir los efectos fisiológicos y psicológicos de corto y largo plazo de las sustancias psicoactivas;
- Ofrecer la oportunidad de debatir sobre el uso de drogas en las comunidades de los/las participantes; y
- Proporcionar una visión general de los efectos del uso de drogas en la familia.

Objetivos de Aprendizaje

Los/Las participantes que completen el Módulo 5 serán capaces de:

- Describir al menos tres características de las drogas de cada clase de sustancia;
- Discutir las consecuencias a nivel individual, familiar y comunitario del uso de sustancias;
- Discutir el uso de sustancias en la comunidad; y
- Discutir los efectos del uso de drogas en la familia.



Ejercicio de Reflexión – Parte 1

- ¿Algo de lo que han escuchado les ha sorprendido?
- ¿Les resulta complejo aceptar un modelo de enfermedad crónica de la adicción?
- ¿Ha cambiado su forma de pensar de alguna manera?

5.2

■ ¿De qué maneras podrían luchar contra el estigma en sus comunidades?

5.3

Introducción al Módulo 5

- ¿Cuáles son las características de las sustancias psicoactivas?
- ¿Cuáles son las consecuencias del uso de sustancias?
- ¿Cómo afectan los trastornos relacionados con sustancias y los trastornos adictivos a la familia de una persona?

5.4

Módulo 5 - Objetivos de Aprendizaje

- Describir al menos tres características de las distintas clases de drogas.
- Discutir las consecuencias a nivel individual, familiar y comunitario del uso de sustancias.
- Discutir el uso de sustancias en la comunidad.
- Discutir los efectos del uso de drogas en la familia.

5.5

A green line drawing of a spilled pill bottle. The bottle is lying on its side, and several capsules are scattered on the ground in front of it. The drawing is simple and illustrative, with a small signature in the bottom right corner.

5.6

¿Qué es una Droga?

- *En farmacología:* todo agente químico que modifica los procesos bioquímicos o fisiológicos de los tejidos u organismos del cuerpo.



5.7

¿Qué es una Droga?

- *En el uso común:* una sustancia que se usa para propósitos no médicos (p. ej., recreacionales) y que a menudo se asocia más específicamente a sustancias ilícitas.



5.8

- Los estimulantes — *aumentan* la actividad del SNC.
- Los depresores — *disminuyen* la actividad del SNC.
- Los opioides — *disminuyen* la actividad del SNC.
- Los alucinógenos — producen un espectro de *distorsiones* sensoriales de gran intensidad y alteran notablemente el estado de ánimo y el pensamiento.

5.9

Las Sustancias Psicoactivas

- Algunas drogas psicoactivas no se ajustan plenamente a las categorías básicas:
 - Cannabis (*marihuana* y *hachís*), Cannabinoides Sintéticos.
 - Miraa (*Khat*).
 - Inhalantes (*solventes, gases, nitritos*).
 - Anestésicos disociativos (*PCP, ketamina*).

5.10

Ejercicio: Características, efectos, y consecuencias de salud de las drogas

- Dibujar una figura humana en una hoja de papelógrafo.
- Utilizando la menor cantidad posible de palabras, indicar las vías de administración, los efectos, los efectos secundarios y las consecuencias médicas de la droga asignada o de la clase de droga en una de las figuras.
- Deberán estar preparados(as) para indicar a los/las participantes los nombres comunes de las drogas que se consumen mayormente en su sector.
- En la otra figura, señalar los síntomas de abstinencia (si los hubiera).

5.11

5.12

Consecuencias del uso de drogas

- Las personas podrían experimentar una serie de consecuencias:

- ▣ Médicas
- ▣ Legales
- ▣ Sociales
- ▣ Económicas



5.13

Respuestas Fisiológicas Diferentes: Las Mujeres



- En comparación con los hombres, las mujeres tienden a:
 - ▣ Desarrollar más temprano problemas físicos relacionados con el uso de sustancias.
 - ▣ Presentar una progresión más rápida hacia la adicción (“telescoping”).

5.14

- Gran parte de la investigación sobre las mujeres se ha enfocado en el consumo de alcohol.
- Investigaciones más recientes sugieren que existe un patrón similar de rápida progresión con el uso de drogas ilícitas.

5.15

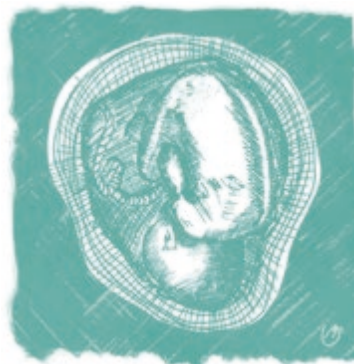
Respuestas Fisiológicas Diferentes: Las Mujeres

- Los estudios tradicionalmente se han realizado con sujetos del sexo masculino.
- Siguen existiendo importantes lagunas en el conocimiento de los efectos fisiológicos en el continuo de la vida de una mujer.

5.16

Efectos en el Feto

- Los efectos suelen ir desde el bajo peso al nacer hasta déficits conductuales y cognitivos del desarrollo.



5.17

Efectos en el Feto

- Exposición a la cocaína y a la marihuana: deterioro de la atención, el lenguaje y las habilidades de aprendizaje; problemas de comportamiento.
- Exposición a la metanfetamina: restricción del crecimiento fetal, menor activación y problemas de desarrollo de la motricidad en los infantes.
- Exposición no tratada a la heroína, sin atención prenatal: riesgo de abstinencia de opioides tras el nacimiento; bajo peso al nacer – un importante factor de riesgo de retraso en el desarrollo.

Síndrome de Abstinencia Neonatal (SAN)

- Se puede observar con el uso de opioides, alcohol, cafeína y algunos sedantes.
- Los síntomas del SAN en el recién nacido se pueden desarrollar de inmediato o hasta 14 días después del nacimiento.
- Algunos de estos síntomas incluyen coloración enrojecida o manchas en la piel, diarrea, llanto excesivo o agudo, fiebre, aumento del ritmo cardíaco, irritabilidad, mala alimentación, respiración acelerada, convulsiones, problemas de sueño, aumento de peso lento, temblores, vómitos.

5.19

Respuestas Fisiológicas Diferentes: Los/las Jóvenes



- El uso de drogas a una edad temprana aumenta las posibilidades de que una persona desarrolle trastornos relacionados con el uso de sustancias.

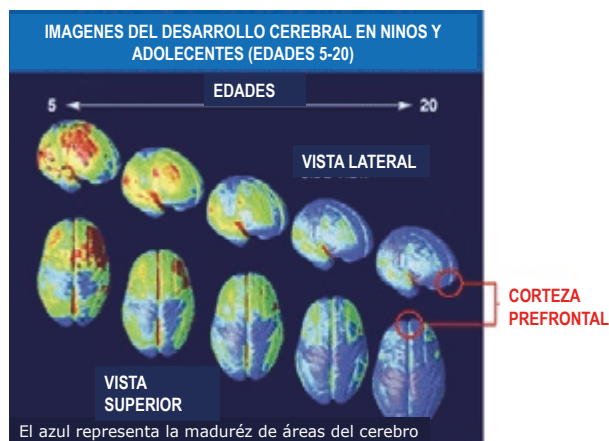
5.20

- Los y las jóvenes también son particularmente vulnerables a los problemas físicos y sociales relacionados con el uso de sustancias .



5.21

Respuestas Fisiológicas Diferentes: Los/las Adolescentes



Copyright © 2004 U.S. National Academy of Sciences. Gogtay, N., Giedd, J. N., et al. (2004). Dynamic mapping of human cortical development during childhood through early adulthood. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 101(21), 8174-8179.

5.22

Ejercicio en grupos pequeños: Consecuencias del uso de drogas

- Para su área asignada (legal, familiar, social, o económica), anoten en una hoja de papelógrafo las consecuencias que:
 - ▣ Afectan directamente al individuo.
 - ▣ Afectan a la familia, amistades, compañeros(as) de trabajo y pareja del individuo.

5.23



El uso de drogas en la comunidad

- Probablemente saben más de lo que creen sobre las drogas y el uso de drogas en sus comunidades.
- El uso de drogas es común en todas las edades.
- El uso de drogas no se limita a un solo grupo socioeconómico.



¿Qué drogas son las que con mayor probabilidad usan las personas que ustedes atienden?

5.25

Ejercicio en grupos pequeños: El uso de drogas y los grupos demográficos

- Para el grupo que se les asignó, deberán señalar:
 - Drogas que se usan comúnmente.
 - Vías de administración.
 - Problemas especiales.

5.26

Presentación:

LOS SISTEMAS FAMILIARES

5.27

La importancia de trabajar con las familias

- Los TUS afectan no sólo a los individuos, sino también a las familias.
- Trabajen con las familias siempre que sea posible y adecuado.
- Trabajar con las familias puede apoyar la recuperación de un individuo:
 - Aumentando la adherencia al tratamiento.
 - Disminuyendo el uso de sustancias post-tratamiento.
 - Mejorando potencialmente el funcionamiento de la familia.
- Los miembros/pares de la comunidad también pueden desempeñar un rol en apoyar el proceso de recuperación.
- Las familias no siempre son parte del proceso de recuperación, y pueden incluso constituirse en un obstáculo.
- Recuerden: ¡Las personas con TUS pueden recuperarse, incluso si sus familias no pueden involucrarse!

5.28

Las familias como un recurso para la recuperación

- Las familias y las organizaciones dirigidas por familias son componentes vitales de los sistemas de servicios orientados a la recuperación.
- Los miembros de las familias pueden entrenar y apoyar a otras familias.
- No existe una solución única para ayudar a un miembro de la familia que vive con un TUS, pero el apoyo familiar puede desempeñar un papel importante en su recuperación.
- Es importante que los miembros de la familia/cuidadores(as) den prioridad a su propia salud a la hora de apoyar la recuperación del o los miembros de la familia con TUS.

5.29

5.30

¿Qué es una familia? (continuación)

- La familia es una institución universal e importante para la supervivencia humana en todas las sociedades.
- Las familias se pueden definir basándose en:
 - ▣ Estructura: ¿Quiénes forman parte de la familia?
 - ▣ Función: ¿Qué rol desempeña la familia?

5.31

La cultura y la familia

Se requiere conocimiento y sensibilidad frente a las culturas para determinar:

- ¿En qué medida el distanciamiento de una familia de las normas convencionales proviene de una patología o de antecedentes culturales diferentes?
- ¿Cómo se organiza jerárquicamente la familia? ¿Democráticamente?
¿Cuáles son los patrones de comunicación al interior de esta estructura?
- ¿Qué tan bien está funcionando esta familia? Es decir, ¿en qué medida puede la familia alcanzar sus propias metas?
- ¿Qué metas terapéuticas son adecuadas?
- ¿Cuáles son los roles prescritos por la cultura para cada miembro de la familia?
- ¿Quiénes son las “figuras de poder” adecuadamente definidas en la familia?

5.32

Definiciones de familia

Las familias generalmente se definen de acuerdo con los siguientes criterios:

- Parentesco (relaciones de nacimiento).
- Afinidad (matrimonio).
- Compartir residencia común.
- Vínculos económicos.
- Roles en la educación y la crianza de los hijos(as).

5.33

Estructuras familiares

- Familia nuclear.
- Familia biológica.
- Familia adoptiva.
- Familia de acogida.
- Familias compuestas por figuras parentales del mismo sexo.
- Familias mixtas: familias formadas por miembros de dos (o más) familias anteriores.
- Familia monoparental.
- Familia sin hijos(as).
- Familia extendida.

5.34

Definición de la familia como un sistema

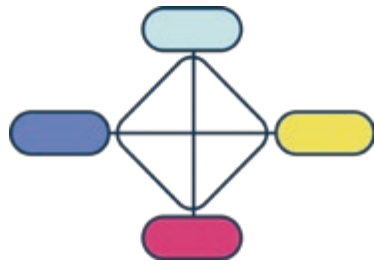
- SISTEMA: un conjunto de partes relacionadas.
- Lo que define a este conjunto de partes como un SISTEMA son las relaciones que esas partes establecen entre sí.
- La familia debe considerarse como un organismo completo.

5.35

- **Estructura:** los comportamientos habituales y repetidos que los miembros de la familia mantienen entre sí (patrón de interacción).
- **Jerarquía:** define o determina la distribución de poder en la familia.
- **Roles:** las expectativas y normas de un grupo respecto a la posición y el comportamiento de un individuo en el grupo.
- **Normas familiares:** acuerdos de relación (explícitos o implícitos) que prescriben y limitan los comportamientos de los miembros de la familia.
- **Límites:** delimitaciones que regulan las relaciones entre los miembros de la familia, y entre los miembros de la familia y la sociedad; pueden ser rígidos, flexibles y difusos.

5.36

Ejercicio: El sistema familiar



- 4 voluntarios(as) para representar a una familia

5.37

Familias Multi-tensionadas / Multi-estresadas

- Las familias multi-tensionadas / multi-estresadas son aquellas cuyos miembros se encuentran en situaciones difíciles y abrumados por problemas y crisis.
- A menudo se trata de familias en las que uno o más de sus miembros consume sustancias de manera riesgosa o padece un trastorno por uso de sustancias.

5.38

5.39

Patrones de Comportamiento en las Familias (1 de 3)

Comportamientos de Apoyo	Comportamientos Perjudiciales
1. Las personas actúan a partir del amor, el respeto, la preocupación y el cuidado. 2. Confían en los demás, por lo que se sienten libres para expresar sus necesidades, compartir sus sentimientos, manejar y negociar desacuerdos y conflictos. 3. Ofrecen oportunidades de crecimiento para todos los miembros de la familia.	1. Tienden a relacionarse con el temor, la desconfianza y una baja autoestima. 2. Hay miedo al rechazo; en consecuencia, les resulta difícil expresar sus necesidades, sentimientos y manejar los desacuerdos y conflictos. 3. Experimentan alteraciones en el desarrollo emocional, especialmente en niños, niñas y adolescentes.

5.40

Patrones de Comportamiento en las Familias (2 de 3)

Comportamientos de Apoyo	Comportamientos Perjudiciales
4. Los adultos(as) son cercanos, comparten autoridad, y se apoyan mutuamente. Al menos uno de los padres es seguro(a) y responsable. 5. Crean y mantienen un orden. Tienen límites claros y definidos. Las reglas y directrices son claras y coherentes. Saben qué esperar de los demás y qué se espera de ellos.	4. Los adultos(as) tienden a entrar en luchas de poder y a contradecirse; son controladores e indiferentes. 5. Las reglas y los límites son poco claros, rígidos y/o incoherentes, lo que puede provocar confusión, inseguridad y/o manipulación.

5.41

Patrones de Comportamiento en las Familias (3 de 3)

Comportamientos de Apoyo	Comportamientos Perjudiciales
6. Ante las crisis, buscan restablecer el equilibrio: ▪ Tienen habilidades para resolver problemas y tomar decisiones. ▪ Cooperan y trabajan juntos.	6. Ante las crisis, aprenden a sobrevivir, se protegen evitando, agrediendo, culpándose. Si un miembro desarrolla un TUS, pueden tender a centrar prácticamente toda su atención en él/ella.

5.42

Ejercicio: Trastornos por Uso de Sustancias en el Sistema Familiar



Escultura de una Familia

- Un escultor(a)
- 4 o 5 voluntarios(as) para representar a una familia.

5.43

Las familias

**¡LAS FAMILIAS TAMBIÉN
NECESITAN AYUDA!**

5.44

Página de Apoyo 5.1: **Opioides¹ (Narcóticos)**

Origen

Los opioides/narcóticos son derivados naturales, sintéticos o semisintéticos, de la amapola:

- El opio es la savia semiseca de la planta y es 100% natural.
- Dos de los alcaloides (compuestos vegetales con propiedades psicoactivas) más frecuentes en el opio son la morfina y la codeína.
- La morfina y la codeína pueden ser aisladas y procesadas como drogas separadas.
- La heroína es un opioide semisintético, lo que significa que puede sintetizarse a partir del opio.
- Otros opioides semisintéticos son la hidrocodona, la oxycodona y la hidromorfona.
- Los opioides sintéticos no se derivan del opio natural, pero se fabrican para que funcionen de forma similar.
- La metadona, el fentanilo y la meperidina son opioides sintéticos.

La heroína es el opioide que más se consume. Aunque la heroína se desarrolló originalmente en un intento por encontrar un analgésico eficaz con menos potencial adictivo que la morfina, resultó ser entre cinco y ocho veces más potente que ésta y actuar más rápidamente, lo que la hace aún más adictiva.

Formas de Presentación de los Opioides

El opio y la heroína se venden generalmente en trozos o bloques de color negro o marrón similares al alquitrán. La heroína suele venderse en forma de polvo blanco o marrón. La morfina está disponible en forma de líquido (para inyectar) o de pastillas. La mayoría de los opioides sintéticos están disponibles en forma de comprimidos o cápsulas. La metadona está disponible en forma de comprimidos o de líquido oral.

Modos de Administración de los Opioides

Los opioides se pueden consumir en una variedad de formas:

- El opio comúnmente se fuma.
- La heroína puede fumarse, inhalarse (ya sea en forma de polvo o licuada en una botella de spray nasal) o inyectarse (por vía intramuscular o intravenosa).
- Otros opioides se toman más comúnmente por vía oral, en forma de comprimidos.
- Cuando se utilizan médicamente para aliviar el dolor, algunos opioides se administran mediante cápsulas o parches de liberación lenta. El OxyContin, una cápsula de liberación lenta, se ha convertido en un gran problema en algunas zonas de Estados Unidos. Las personas abren la cápsula, diluyen el contenido, y se inyectan la solución. A veces se abusa de los parches cortándolos y comiendo o inyectando su contenido.

1 Australian Drug Foundation Drug Info Clearinghouse <http://www.druginfo.adf.org.au/drug-facts/drug-facts> United Nations Office on Drugs and Crime. (2016). Terminology and Information on Drugs. United Nations, New York. Extraído en marzo 22, 2017, de <http://www.unodc.org/drugs/en/get-the-facts/types-of-drugs.html>

U.S. National Institute on Drug Abuse. (n.d.). Drugs of abuse information. Bethesda, MD: Author. Extraído en marzo 22, 2017, de <http://www.drugabuse.gov/drugpages/U.S.> University of Maryland Center for Substance Abuse Research http://www.cesar.umd.edu/cesar/drug_info.asp

La duración del efecto de los opioides depende de la droga en cuestión. Algunos opioides actúan en el corto plazo y otros son de efecto más prolongado. Los efectos de la heroína usualmente duran entre 3 a 4 horas.

Usos Médicos de los Opioides

El principal uso médico de los opioides es el alivio del dolor. Los opioides también pueden utilizarse para tratar casos severos de diarrea o tos.

Efectos “Deseables” de los Opioides

- Alivio del dolor físico.
- Embotamiento emocional.
- Euforia, seguida de una sensación de bienestar.
- Calmada somnolencia y sedación.
- Alternancia entre la vigilia y somnolencia.
- Ensoñación.

Efectos Secundarios de los Opioides

- Náuseas y vómitos.
- Confusión.
- Respiración ralentizada.
- Estreñimiento.
- Visión borrosa o doble.
- Pupilas puntiformes.
- Mareos, desmayos, sensación de flotar, aturdimiento.
- Movimientos musculares descoordinados, rigidez muscular.
- Erupción cutánea, urticaria, picazón.
- Enrojecimiento facial.
- Sequedad bucal.
- Debilidad.
- Agitación.
- Cefalea.
- Pérdida de apetito.
- Pérdida de memoria.

Posibles Consecuencias Médicas del Uso Crónico de Opioides

- Infección de las válvulas o del revestimiento del corazón.
- Enfermedad hepática o renal.
- Complicaciones pulmonares, incluyendo varios tipos de neumonía, resultantes de la mala salud de la persona que usa opioides, así como de los efectos depresores sobre la respiración.
- Complicaciones intestinales que resultan del estreñimiento crónico.
- Consecuencias directamente asociadas con el hecho de inyectarse, incluyendo abscesos y venas colapsadas.
- Aborto espontáneo.

Los bebés de mujeres que sufren de adicción a opioides podrían tener bajo peso al nacer y/o sufrir de abstinencia, con síntomas que duran de 5 a 8 semanas. A diferencia de los adultos, los bebés pueden morir a causa de la abstinencia de opioides.

La sobredosis es uno de los principales riesgos del consumo de opioides. Los signos y síntomas de sobredosis de opioides incluyen:

- Piel fría y húmeda.
- Estupor.
- Músculos débiles y flácidos.
- Coma.
- Líquido en los pulmones.
- Respiración lenta y dificultosa.
- Frecuencia cardíaca y presión arterial drásticamente disminuida.
- Uñas y labios de color azulado debido al reducido ingreso de oxígeno.
- Pupilas dilatadas o puntiformes.
- Calambres musculares.

La sobredosis es un riesgo especial cuando los opioides se combinan o se utilizan con otras drogas depresoras (incluido el alcohol).

Síndrome de Abstinencia de Opioides

Además de los cravings o intensos deseos de consumir la droga, los síntomas de abstinencia de opioides incluyen:

- Intranquilidad.
- Pupilas dilatadas.
- Dolores intensos de músculos, articulaciones y huesos.
- Insomnio.
- Calambres musculares.
- Diarrea y vómito.
- Sudor y nariz congestionada.
- Fiebre y escalofríos, con fuertes tiritones y “piel de gallina”.
- Pulso acelerado.
- Movimientos involuntarios de piernas.
- Tos y bostezos.

Los síntomas pueden comenzar sólo unas pocas horas después de la última administración de la droga. Los principales síntomas de abstinencia llegan a su máximo entre las 48 y las 72 horas después de la última dosis y generalmente desaparecen después de una semana. Algunas personas pueden presentar síntomas de abstinencia persistentes durante meses. La abstinencia de opioides por lo general no es peligrosa para la salud de los adultos (a menos que la persona se encuentre en muy mal estado de salud), pero es extremadamente dolorosa. Por esta razón, la abstinencia controlada médicamente con el uso de medicamentos para controlar los síntomas tiene más probabilidades de éxito que “simplemente dejar de consumir”.

Página de Apoyo 5.2:

Estimulantes²

Origen

Las drogas estimulantes se derivan de fuentes naturales y sintéticas:

- El alcaloide de la cocaína se encuentra en las hojas del arbusto de coca que crece principalmente en la Cordillera de los Andes de Perú.
- Las anfetaminas se fabrican comercialmente; entre ellas se encuentra el Adderall, la Dexedrina y la Bifetamina. Aunque no son tan potentes, algunas drogas parecidas a las anfetaminas tienen efectos similares y son objeto de cierto abuso: el metilfenidato (Ritalin®) la fenfluramina, la pemolina y la fentermina.
- La metanfetamina también es sintética. Se fabrica comercialmente (Desoxyn®) pero es más común que sea sintetizada en laboratorios clandestinos.
- La MDMA (3,4 metilendioximetanfetamina), también conocida como éxtasis, es una droga sintética psicoactiva químicamente similar al estimulante metanfetamina y al alucinógeno mescalina, pero generalmente se clasifica como estimulante.

Formas de Presentación de los Estimulantes

Las anfetaminas fabricadas comercialmente están disponibles en forma de tableta o cápsula. La cocaína suele estar disponible en forma de polvo blanco, pero puede procesarse como “crack” (una mezcla de cocaína, agua y bicarbonato de sodio que se convierte en una pasta y se seca); la mezcla endurecida se rompe luego en “piedras”, que se fuman. La metanfetamina suele ser blanca o amarillenta, inodora y de sabor amargo, y se presenta en forma de polvo cristalino o en trozos.

Modos de Administración de los Estimulantes

Los estimulantes se consumen:

- Por vía oral.
- Por inhalación (inhalación nasal después de triturar las tabletas).
- Por aspiración al fumar.
- Por inyección luego de disolver las tabletas en agua.

Los efectos de la anfetamina generalmente duran de 4 a 6 horas.

² Australian Drug Foundation Drug Info Clearinghouse <http://www.druginfo.adf.org.au/drug-facts/drug-facts>. United Nations Office on Drugs and Crime. (2016). Terminology and Information on Drugs. United Nations, New York. Extraído en marzo 22, 2017, de <http://www.unodc.org/drugs/en/get-the-facts/types-of-drugs.html>

U.S. National Institute on Drug Abuse. (n.d.). Drugs of abuse information. Bethesda, MD: Author. Extraído en marzo 22, 2017, de <http://www.drugabuse.gov/drugpages/U.S.> University of Maryland Center for Substance Abuse Research http://www.cesar.umd.edu/cesar/drug_info.asp

La cocaína es consumida de las siguientes formas:

- Por inhalación del polvo (esnifar).
- Por aspiración al fumar.
- Por inyección.

La cocaína es una droga de acción relativamente corta, y una absorción más rápida suele significar una menor duración de la acción. El efecto máximo al inhalar cocaína podría durar de 15 a 30 minutos, en cambio al fumarla podría durar sólo 5 a 10 minutos. Para mantener el estado de euforia, la persona que consume cocaína tiene que volver a administrarse la droga. Por esta razón, la cocaína se consume a veces de manera compulsiva – se administra repetidamente en un período relativamente corto, con dosis cada vez más altas.

La metanfetamina se consume de las siguientes formas:

- Por vía oral (rara vez).
- Por inhalación nasal.
- Por aspiración al fumar.
- Por inyección.

Los efectos de la metanfetamina usualmente duran entre 4 a 6 horas. Al fumarla, sus efectos podrían durar 8 horas o más.

El éxtasis se consume por vía oral.

Usos Médicos de los Estimulantes

Las anfetaminas se utilizan principalmente para tratar la narcolepsia (episodios incontrolados y repentinos de sueño), la obesidad y el trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH).

La cocaína es un anestésico tópico que en ocasiones se utiliza para adormecer las fosas nasales cuando se inserta un tubo respiratorio, para adormecer el ojo o la garganta durante una cirugía y para amortiguar el dolor de llagas crónicas.

La metanfetamina se ha utilizado como tratamiento para el TDAH y la obesidad.

No hay usos médicos para el éxtasis.

Efectos “Deseables” de los Estimulantes

- Euforia.
- Sentimientos poco realistas de inteligencia, de gran competencia y de poder.
- Aumento de la energía y la resistencia.
- Sensaciones mejoradas de vista, oído y tacto.
- Locuacidad.
- Aumento del deseo sexual y del rendimiento (en dosis bajas).
- Aumento de la alerta mental.
- Sentimientos de felicidad y de poder.
- Liberación de inhibiciones sociales.

Las personas que consumen éxtasis experimentan además:

- Sentimientos más intensos de calidez emocional y aumento de la empatía hacia uno mismo y hacia los demás.
- Distorsiones de la percepción del tiempo.
- Sensaciones intensificadas.
- Distorsiones visuales y alucinaciones.

Efectos Secundarios de los Estimulantes

- Pupilas dilatadas.
- Aumento de la temperatura corporal, la frecuencia cardíaca y la presión arterial.
- Cefaleas.
- Inquietud e insomnio.
- Ansiedad e irritabilidad.
- Dolor abdominal y náuseas.
- Disminución del apetito.
- Aumento de la agresión y la violencia.
- Hormigueo: sensaciones en la piel que se sienten como insectos diminutos que caminan debajo de la piel.
- Disminución de la respuesta sexual (en dosis altas).
- Sentimientos de paranoia.

Por inhalación intranasal:

Pérdida del sentido del olfato.

- Hemorragias nasales crónicas.
- Dificultades para tragar.
- Secreción nasal crónica.

Por aspiración al fumar:

- Sed.
- Tos.
- Ronquera.

Posibles Consecuencias Médicas del Uso Crónico de Estimulantes

- Emergencias cardiovasculares o cerebrovasculares agudas, tales como un ataque al corazón o un derrame cerebral, que podría causar muerte súbita.
- Un estado temporal de psicosis paranoica completamente desarrollada.
- Problemas dentales graves, incluyendo dientes agrietados por apretar excesivamente la mandíbula al estar bajo los efectos de las drogas, y caries dentales graves debido a la sequedad de la boca y a los efectos ácidos de la cocaína o de la metanfetamina al traspasarse hasta la boca a través de la ingestión nasal.
- Gangrena intestinal grave por ingesta de cocaína como resultado de la reducción del flujo sanguíneo.
- Reacciones alérgicas graves en los puntos de inyección.
- Complicaciones respiratorias graves, incluyendo neumonía, hemorragias e insuficiencia respiratoria por fumar.
- Llagas faciales y corporales por rascarse, que a veces provocan infecciones.
- Pérdida extrema de peso y desnutrición.
- Accidentes cerebrovasculares.
- Infecciones cardíacas.
- Enfermedades pulmonares.
- Daño renal.
- Daño hepático.
- Cuando son consumidos por una mujer embarazada, hay mayor riesgo de:
 - Desprendimiento de la placenta y hemorragia.
 - Nacimiento prematuro.
 - Malformaciones congénitas, incluyendo defectos cardíacos, paladar hendido, pie equinovaro.
- Hemorragia cerebral y accidente cerebrovascular fetal.

- Riesgos de la sobredosis:
 - Convulsiones.
 - Temperatura corporal muy elevada.
 - Accidentes cerebrovasculares.
 - Eventos cardíacos.

El abuso crónico de la metanfetamina cambia significativamente el funcionamiento del cerebro. Estudios de imágenes cerebrales no invasivas han mostrado alteraciones en la actividad cerebral que se asocian con una reducción del rendimiento motor y un deterioro del aprendizaje verbal. También se observan graves cambios estructurales y funcionales en áreas del cerebro asociadas a la emoción y la memoria.

Algunos de estos cambios persisten mucho tiempo después de haber dejado de consumir metanfetamina, y algunos revierten después de períodos sostenidos de abstinencia (por ejemplo, 2 años).

El éxtasis tiene sus propios riesgos médicos:

- Deshidratación severa (especialmente cuando se mezcla con alcohol), dando lugar a hipertermia, daño muscular e insuficiencia renal.
- Convulsiones.
- En dosis altas, puede interferir con la capacidad del cuerpo para regular la temperatura.
- En raras ocasiones, y de forma imprevisible, puede provocar un aumento brusco de la temperatura corporal, lo que puede dar lugar a un fallo hepático, renal y del sistema cardiovascular, e incluso a la muerte.
- El aumento de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial puede causar graves problemas cardiovasculares en personas susceptibles.
- Puede interferir con su propio metabolismo (descomposición dentro del cuerpo), permitiendo que se alcancen niveles potencialmente dañinos cuando se administra MDMA repetidamente en períodos cortos.
- La investigación en animales indica que la MDMA puede ser perjudicial para el cerebro. Un estudio en primates no humanos demostró que la exposición a la MDMA por sólo 4 días causó daños en las terminaciones nerviosas de la serotonina que fueron evidentes 6 o 7 años más tarde.

Síndrome de Abstinencia de Estimulantes

Los síntomas de abstinencia dependen de la dosis, la duración y frecuencia de uso. La abstinencia de estimulantes puede ser muy desagradable, pero no es intrínsecamente peligrosa. Un patrón típico de abstinencia es el siguiente:

Inmediatamente después de un exceso de uso:

- Falta extrema de energía y de motivación y necesidad de dormir.
- Depresión.

Luego de unos días de abstinencia:

- Los síntomas disminuyen.
- Se recupera la energía.

Empieza a los 5 o 7 días de la abstinencia y dura semanas o meses:

- Cravings o deseos intensos por consumir la droga.
- El nivel de energía disminuye nuevamente.
- Anhedonia (falta de sensación de placer).
- Aumento de la depresión.
- Pérdida de motivación, de iniciativa.
- Sueños muy intensos y desagradables.
- Insomnio.
- Agitación psicomotora.
- Aumento del apetito.

Página de Apoyo 5.3:

Depresores³

Origen

La categoría de los depresores incluye los barbitúricos (p. ej., Nembutal®, Fenobarbital®, Seconal®), las benzodiacepinas (p. ej., Valium®, Xanax®, Rohipnol®), la metacualona (p. ej., Quaalude, Sopor), el gamma-hidroxibutirato (GHB) y el alcohol.

Los barbitúricos se sintetizaron originalmente para tratar la ansiedad, el insomnio y los trastornos convulsivos, pero en la actualidad rara vez se utilizan para esos fines, ya que otros medicamentos más nuevos han ocupado su lugar. La metacualona también se utilizaba para tratar el insomnio, pero ahora se utiliza muy poco.

Sintetizadas químicamente como una alternativa a los barbitúricos, las benzodiacepinas resultaron ser más eficaces que los barbitúricos para reducir la ansiedad, pero sin los efectos de sobredosis de estos medicamentos. También se pensaba que las benzodiacepinas tenían menos potencial adictivo. Existen más de 30 benzodiacepinas. Las más utilizadas son el alprazolam (Xanax®), el clordiazepóxido (Librium®), el clorazepato (Tranxene®), el diazepam (Valium®), el lorazepam (Ativan®), el oxazepam (Serax®) y el clonazepam (Klonopin®). El flunitrazepam (Rohypnol®) y el GHB están asociados a las agresiones sexuales en los Estados Unidos.

El GHB es una droga de diseño.

Formas de Presentación de los Depresores

Tabletas y cápsulas de variados tamaños, formas y colores. El GHB puede producirse en forma de líquido incoloro, polvo blanco, tabletas y cápsulas.

Modos de Administración de los Depresores

Vía Oral.

Usos Médicos de los Depresores

Los barbitúricos en ocasiones se utilizan como complemento de la anestesia general y para ciertos casos de trastornos convulsivos. Las benzodiacepinas se utilizan:

- Para tratar la ansiedad, reacciones de estrés agudo, ataques de pánico y trastornos del sueño.
- Para controlar convulsiones.
- Como relajantes musculares.
- En la abstinencia de alcohol tratada médicamente.
- Como sedante previo a una cirugía.

3 Australian Drug Foundation Drug Info Clearinghouse <http://www.druginfo.adf.org.au/drug-facts/drug-fact>. United Nations Office on Drugs and Crime. (2016). Terminology and Information on Drugs. United Nations, New York. Extraído en marzo 22, 2017, de <http://www.unodc.org/drugs/en/get-the-facts/types-of-drugs.html>

U.S. National Institute on Drug Abuse. (n.d.). Drugs of abuse information. Bethesda, MD: Author. Extraído en marzo 22, 2017,

Efectos “Deseables” de los Depresores

- Relajación.
- Disminución de la ansiedad.
- Reducción de inhibiciones.
- Sensación de bienestar.
- Euforia leve.

Efectos Secundarios de los Depresores

- Falta de concentración.
- Debilidad muscular.
- Falta de coordinación.
- Dificultad para hablar.
- Mareos.
- Lentitud en los reflejos.
- Náuseas y vómitos.
- Deterioro de la capacidad de discernimiento.
- confusión mental.
- Pérdida de memoria.
- Embotamiento emocional.

Posibles Consecuencias Médicas del Uso Crónico de Depresores

- Podrían causar depresión o agravarla.
- Con dosis elevadas o cuando se combina con otras drogas depresoras, especialmente el alcohol, se puede producir una depresión respiratoria.
- Quienes consumen benzodiacepinas de forma crónica podrían experimentar efectos paradójicos con dosis elevadas; estos efectos incluyen comportamiento agresivo, agitación y pérdida de las inhibiciones en lugar de los típicos efectos sedantes y ansiolíticos.

Los depresores son a veces las drogas de abuso principales. Sin embargo, son más frecuentemente usadas en conjunto con otras sustancias para intensificar los efectos deseados o para contrarrestar los efectos no deseados. Por ejemplo:

- Las benzodiacepinas tienen efectos similares al alcohol, y algunas personas las toman cuando beben alcohol para intensificar el efecto. Este uso es muy peligroso porque el riesgo de una depresión respiratoria potencialmente fatal aumenta considerablemente.
- Las personas que abusan de drogas estimulantes suelen tomar un depresor para “bajar” de la estimulación excesiva o para dormir luego de un uso en exceso. Esta combinación está asociada a espasmos de los vasos coronarios que pueden dañar el corazón.
- Las personas adictas a la heroína suelen utilizar depresores para aliviar los síntomas de abstinencia cuando no pueden conseguir heroína.

from <http://www.drugabuse.gov/drugpages/U.S.> University of Maryland Center for Substance Abuse Research http://www.cesar.umd.edu/cesar/drug_info.asp

Síndrome de Abstinencia de Depresores

La abstinencia de depresores puede ser médicamente peligrosa y de difícil manejo, en parte porque las drogas tienden a permanecer en los tejidos del cuerpo por periodos largos. Existen barbitúricos y benzodicepinas de acción corta y de acción prolongada, y el momento en que se producen los síntomas esperados varía según el tipo del que se haya abusado. Los síntomas de abstinencia podrían comenzar en el plazo de 1 día en el caso de los depresores de acción corta, pero podrían retrasarse hasta por 5 días con las benzodicepinas de acción más prolongada. Los síntomas tienden a durar entre 7 a 20 días para drogas de acción corta y hasta 28 días para drogas de acción más prolongada. Entre los síntomas se incluyen:

- Cravings o deseos intensos de consumir la droga.
- Cefalea.
- Temblores y contracciones musculares.
- Náuseas y vómitos.
- Ansiedad.
- Intranquilidad.
- Bostezos.
- Aumento del ritmo cardíaco y de la presión sanguínea.
- Calambres musculares.
- Problemas del sueño.
- Alucinaciones.
- Múltiples convulsiones, que pueden ser fatales.

Los peores síntomas ocurren cuando se detiene abruptamente el uso de la droga. Los depresores deben reducirse de manera gradual a lo largo del tiempo (hasta por un mes) para evitar problemas graves.

Página de Apoyo 5.4:

Alucinógenos⁴

Origen

El peyote es un cactus sin espinas con pequeñas protuberancias llamadas botones que tienen propiedades psicoactivas. La mescalina es el principal compuesto psicodélico activo del peyote (y de algunas otras variedades de cactus). La mescalina también puede sintetizarse químicamente en un laboratorio. El peyote es uno de los agentes psicodélicos más antiguos que se conocen.

Las setas de psilocibina son hongos que contienen los compuestos psicoactivos psilocibina y psilocina.

El LSD (dietilamida de ácido lisérgico) se fabrica a partir del ácido lisérgico, que se encuentra en el cornezuelo, un hongo que crece en el centeno y otros cereales.

Formas de Presentación de los Alucinógenos

Peyote: Botones pequeños de color gris verdoso.

Mescalina: Usualmente un polvo blanco o marrón en cápsulas.

LSD: Fabricado como un líquido, para luego ser traspasado a diferentes formas: tabletas o cápsulas de diferentes tamaños, formas y colores; líquido en papel absorbente y como polvo.

Modos de Administración de los Alucinógenos

- 👉 Los botones de peyote o las setas de psilocibina se pueden masticar o preparar en forma de té.
- 👉 La mescalina o la psilocibina también pueden tomarse por vía oral en forma de cápsulas.
- 👉 El LSD se consume por vía oral.

Los efectos psicoactivos de los alucinógenos comienzan aproximadamente 1 hora después del consumo y pueden durar hasta 12 horas.

Usos Médicos de los Alucinógenos

Ninguno.

4 Australian Drug Foundation Drug Info Clearinghouse <http://www.druginfo.adf.org.au/drug-facts/drug-fact>. United Nations Office on Drugs and Crime. (2016). Terminology and Information on Drugs. United Nations, New York. Extraído en marzo 22, 2017, de <http://www.unodc.org/drugs/en/get-the-facts/types-of-drugs.html>

U.S. National Institute on Drug Abuse. (n.d.). Drugs of abuse information. Bethesda, MD: Author. Extraído en marzo 22, 2017, from <http://www.drugabuse.gov/drugpages/U.S.> University of Maryland Center for Substance Abuse Research http://www.cesar.umd.edu/cesar/drug_info.asp

Efectos “Deseables” de los Alucinógenos

Los efectos varían mucho en función del tamaño de la dosis, el entorno y las expectativas y personalidad del usuario (en inglés denominado “set and setting”, en referencia a la mentalidad y el ambiente en que se consume la droga):

- Experiencias sensoriales más intensas (p. ej., colores más brillantes, definición visual más nítida, mayor agudeza auditiva, sabor más definido).
- Imágenes mentales vívidas y visión distorsionada.
- Alteración de la percepción del espacio y el tiempo.
- Alegría, exaltación.
- Sensación distorsionada del cuerpo (sensación de pesadez o de ingravidez).
- Pérdida del sentido de la realidad; fusión de experiencias pasadas con el presente.
- Preocupación por pensamientos, experiencias u objetos triviales.
- Emociones intensas.
- Alteración del sentido del tiempo y de sí mismo.
- Sinestesia: las experiencias parecen cruzar los diferentes sentidos, dando al usuario la impresión de oír los colores y ver los sonidos.
- Ensoñación.
- Introspección.
- Alucinaciones.

Efectos Secundarios de los Alucinógenos

- Náuseas y vómitos intensos (muy común con el peyote).
- Supresión del apetito.
- Temperatura corporal y sudoración elevadas.
- Escalofríos y temblores.
- Reacciones muy adversas (“mal viaje”), incluyendo alucinaciones aterradoras, confusión, desorientación, paranoia, agitación, depresión, pánico y/o terror.
- Dificultad para enfocarse, para mantener la atención, la concentración y el pensamiento.
- Pupilas dilatadas.
- Aumento de la temperatura corporal.
- Aumento del ritmo cardíaco y de la presión sanguínea.
- Sudoración.
- Pérdida de apetito.
- Somnolencia.
- Sequedad bucal.
- Temblores.

- Dificultad para enfocarse, para mantener la atención, la concentración y el pensamiento.

Posibles Consecuencias Médicas del Uso Crónico de Alucinógenos

- Reacciones muy adversas (“mal viaje”), incluyendo alucinaciones aterradoras, confusión, desorientación, paranoia, agitación, depresión, pánico y/o terror.
- Deterioro del razonamiento y pérdida de la capacidad de discernimiento que lleva a un comportamiento extremadamente peligroso.
- Empeoramiento de los síntomas de una enfermedad mental existente o aparición más temprana de psicosis en un individuo susceptible.
- Reviviscencias o recurrencias de ciertos aspectos de la experiencia del consumo de la droga; los flashbacks o reviviscencias ocurren repentinamente, a menudo sin previo aviso, y podrían ocurrir a los pocos días o más de un año después del uso de LSD; en algunos individuos, los flashbacks o reviviscencias pueden persistir y causar un malestar significativo o un deterioro del funcionamiento social u ocupacional, una condición conocida como trastorno perceptivo persistente inducido por alucinógenos.
- Posible estado psicótico prolongado similar al de la esquizofrenia paranoide en individuos susceptibles.

Síndrome de Abstinencia de Alucinógenos

Ninguno.

Página de Apoyo 5.5: **Anestésicos Disociativos⁵**

Origen

Los anestésicos disociativos incluyen la fenciclidina (PCP) y la ketamina. Ambos son sintéticos.

Formas de Presentación de los Anestésicos Disociativos

PCP: Polvo blanco cristalino, muchas veces procesado y transformado en líquido, tabletas o cápsulas.

Ketamina: Fabricado en forma de líquido; normalmente evaporado hasta convertirse en polvo para su uso ilícito.

Modos de Administración de los Anestésicos Disociativos

- Vía Oral.
- Mezclados con marihuana para ser fumados.
- Inhalados por vía nasal.

Uso Médicos de los Anestésicos Disociativos

La fenciclidina y la ketamina se han utilizado como anestésicos en la medicina veterinaria. La ketamina se utiliza en la medicina humana en algunos casos. La PCP nunca fue aprobada para el uso humano debido a sus efectos secundarios extremos.

Efectos “Deseables” de los Anestésicos Disociativos

Ambas son drogas disociativas, lo que significa que distorsionan las percepciones de la vista y del sonido y producen sentimientos de desconexión (disociación) con el entorno y con uno mismo.

- Sensación de fortaleza y de poder.
- Relajación.
- Euforia leve.

Efectos Secundarios de los Anestésicos Disociativos

- Alteraciones del estado de ánimo: ansiedad y depresión.
- Respiración superficial y aumento de la frecuencia respiratoria.
- Enrojecimiento.
- Sudoración.
- Entumecimiento de las extremidades.

5 Australian Drug Foundation Drug Info Clearinghouse <http://www.druginfo.adf.org.au/drug-facts/drug-fact>. United Nations Office on Drugs and Crime. (2016). Terminology and Information on Drugs. United Nations, New York. Extraído en marzo 22, 2017, de <http://www.unodc.org/drugs/en/get-the-facts/types-of-drugs.html>

U.S. National Institute on Drug Abuse. (n.d.). Drugs of abuse information. Bethesda, MD: Author. Extraído en marzo 22, 2017, from <http://www.drugabuse.gov/drugpages/U.S>. University of Maryland Center for Substance Abuse Research http://www.cesar.umd.edu/cesar/drug_info.asp

- Náuseas y vómitos.
- Pérdida de la coordinación.
- Disminución de la respuesta al dolor.
- Visión borrosa.
- Delirium (alucinaciones o desorientación).
- Aumento del ritmo cardíaco y de la presión sanguínea.
- Deterioro de la función motora.
- Embotamiento.
- Depresión.
- Mareos.
- Ira, agresión y conducta violenta.

Posibles Consecuencias Médicas del Uso Crónico de Anestésicos Disociativos

- Convulsiones.
- La PCP provoca síntomas que se asemejan a la esquizofrenia, tales como delirios, alucinaciones, paranoia, pensamiento desordenado y una sensación de desconexión con el entorno.
- Debido a que la PCP puede tener efectos depresores, las interacciones con otros depresores, como el alcohol y las benzodiacepinas, pueden provocar depresión respiratoria y coma.
- Las personas que han consumido la PCP durante períodos prolongados han informado pérdida de memoria, dificultades para hablar y pensar, depresión y pérdida de peso; estos síntomas pueden persistir hasta un año después de detener su consumo.
- Depresión severa con pensamientos e intentos suicidas.
- Lesiones por accidentes y peleas.

Síndrome de Abstinencia de los Anestésicos Disociativos

Se desconoce.

Página de Apoyo 5.6:

Inhalantes⁶

Origen

Los inhalantes generalmente se clasifican en las cuatro categorías siguientes:

Solventes volátiles: Líquidos que se vaporizan a temperatura ambiente:

- Productos industriales o domésticos, incluyendo diluyentes o removedores de pintura, desengrasantes, fluidos para limpieza en seco, gasolina y líquido combustible.
- Solventes para fines artísticos o de oficina, incluyendo correctores líquidos, líquido de marcadores, limpiadores de contactos electrónicos, y pegamento.

Aerosoles: Pulverizadores que contienen propulsores y solventes:

- Propelentes de aerosoles domésticos en artículos tales como pinturas en aerosol, aerosoles para el cabello o desodorantes, aerosoles protectores de telas, productos de limpieza para computadores en aerosol y aerosoles de aceite vegetal.

Gases: presentes en productos domésticos o comerciales y que se utilizan como anestésico médico:

- Productos domésticos o comerciales, incluidos los encendedores de butano y tanques de propano, los aerosoles o dispensadores de crema batida (whippets) y los gases refrigerantes.
- Anestésicos médicos, tales como éter, cloroformo, halotano y óxido nitroso.

Nitritos: Una clase especial de inhalantes que se utiliza principalmente como potenciadores sexuales.

- Los nitritos orgánicos son sustancias volátiles que incluyen los nitritos de ciclohexilo, butilo y amilo, comúnmente conocidos como “poppers” (por su denominación en inglés).

Formas de Presentación de los Inhalantes

Variada.

Modos de Administración de los Inhalantes

Son inhalados de diversas formas:

- Se inhalan los vapores directamente del envase.
- Se pulverizan los aerosoles directamente en la nariz o la boca.
- Ponerse una tela empapada de inhalante en la boca.
- La inhalación de vapores desde un globo o una bolsa de plástico o de papel que contiene el inhalante.

5 Australian Drug Foundation Drug Info Clearinghouse <http://www.druginfo.adf.org.au/drug-facts/drug-fact>. United Nations Office on Drugs and Crime. (2016). Terminology and Information on Drugs. United Nations, New York. Extraído en marzo 22, 2017, de <http://www.unodc.org/drugs/en/get-the-facts/types-of-drugs.html>

U.S. National Institute on Drug Abuse. (n.d.). Drugs of abuse information. Bethesda, MD: Author. Extraído en marzo 22, 2017, from <http://www.drugabuse.gov/drugpages/U.S>. University of Maryland Center for Substance Abuse Research http://www.cesar.umd.edu/cesar/drug_info.asp

La intoxicación producida por los inhalantes suele durar sólo unos minutos. Las personas que los usan a menudo tratan de extender la sensación de euforia inhalando repetidamente durante varias horas.

Usos Médicos de los Inhalantes

Por lo general ninguno, aunque:

- El nitrito de amilo todavía se utiliza en ciertos procedimientos médicos de diagnóstico.
- El óxido nitroso se utiliza como anestésico, particularmente para procedimientos dentales.

Efectos “Deseables” de los Inhalantes

- Euforia.
- Disminución de la inhibición y la ansiedad.
- Vértigo.
- Alucinaciones.

Efectos Secundarios de los Inhalantes

- Cefalea.
- Somnolencia.
- Confusión.
- Dificultad para hablar.
- Náuseas y vómitos.
- Falta de coordinación.

Posibles Consecuencias Médicas del Uso Crónico de Inhalantes

- Pérdida de audición (pinturas en aerosol, pegamentos, desengrasantes, productos químicos de limpieza en seco, líquidos correctores).
- Neuropatías periféricas o espasmos de las extremidades (pegamentos, gasolina, dispensadores de crema batida, cilindros de gas).
- Daños en el sistema nervioso central o daño cerebral (pinturas en aerosol, pegamentos, desengrasantes).
- Daños en la médula ósea (gasolina).
- Daño hepático y renal (líquidos correctores, líquidos para limpieza en seco).
- Disminución del oxígeno en la sangre (removedores de barniz, diluyentes de pintura).

El uso abusivo prolongado de inhalantes también puede descomponer la mielina, el tejido graso que rodea y protege ciertas fibras nerviosas. El daño a la mielina puede conducir a espasmos musculares y temblores o dificultad permanente para realizar actividades básicas como caminar, agacharse, y hablar. La inhalación de cantidades muy concentradas de las sustancias químicas presentes en los solventes, el butano, el propano o los aerosoles puede inducir directamente a un fallo cardíaco y la muerte a los pocos minutos de una sesión de inhalación repetida, incluso en una sola sesión por parte de una persona joven y saludable. Las altas concentraciones de inhalantes también podrían causar la muerte por asfixia al desplazar el oxígeno en los pulmones, haciendo que la persona que ha inhalado pierda el conocimiento y deje de respirar. Inhalar deliberadamente de una bolsa de papel o de plástico o en un área cerrada aumenta considerablemente las posibilidades de asfixia.

Síndrome de Abstinencia de Inhalantes

Ninguno.

Página de Apoyo 5.7: *Marihuana y Hachís⁷*

Origen

Natural; proviene de la planta Cannabis sativa.

Formas de Presentación de la Marihuana y el Hachís

Marihuana: Mezcla seca y desmenuzada de flores, tallos, semillas y hojas de color verde y marrón.

Hachís: La resina concentrada y pegajosa de la marihuana; puede ser prensada en forma de pequeñas tortas o concentrada en aceite.

Modos de Administración de la Marihuana y el Hachís

- Fumada (en una pipa o liada en papel de cigarros o puros). El aceite de hachís normalmente se gotea sobre la marihuana seca para aumentar su potencia. Los efectos de fumarla se sienten por lo general a los pocos minutos y generalmente desaparecen después de 2 a 3 horas.
- Por vía oral (mezclada con alimentos o preparada como un té). Cuando la sustancia es ingerida, los efectos normalmente no aparecen hasta transcurridos 30 a 60 minutos, pero pueden perdurar hasta por 6 horas.

Usos Médicos de la Marihuana y el Hachís

En algunos países, el Marinol® (un comprimido) o fumar marihuana se utiliza a veces para tratar el glaucoma porque reduce la presión ocular. Se utiliza para disminuir las náuseas en pacientes que reciben quimioterapia y para aumentar el apetito en pacientes con SIDA.

Efectos “Deseables” de la Marihuana y el Hachís

- | | |
|--|--|
| ➤ Relajación física, sedación. | ➤ Vértigo. |
| ➤ Estado de ánimo exagerado. | ➤ Cambios en la percepción sensorial y temporal. |
| ➤ Una mayor empatía hacia los demás. | ➤ Fenómeno de “arrastré” (ver imágenes residuales de un objeto en movimiento). |
| ➤ Sugestionabilidad intensificada. | ➤ Aumento del apetito. |
| ➤ Intensificación de la curiosidad: incluso los objetos mundanos parecen interesantes. | |

5 Australian Drug Foundation Drug Info Clearinghouse <http://www.druginfo.adf.org.au/drug-facts/drug-fact>. United Nations Office on Drugs and Crime. (2016). Terminology and Information on Drugs. United Nations, New York. Extraído en marzo 22, 2017, de <http://www.unodc.org/drugs/en/get-the-facts/types-of-drugs.html>

U.S. National Institute on Drug Abuse. (n.d.). Drugs of abuse information. Bethesda, MD: Author. Extraído en marzo 22, 2017, from <http://www.drugabuse.gov/drugpages/U.S>. University of Maryland Center for Substance Abuse Research http://www.cesar.umd.edu/cesar/drug_info.asp

Efectos Secundarios de la Marihuana y el Hachís

- Aumento del ritmo cardíaco y de la presión sanguínea.
- Ojos enrojecidos (como resultado del aumento del flujo sanguíneo a través de las membranas mucosas de los ojos).
- Disminución de la coordinación muscular.
- Mala percepción de la profundidad y de seguimiento (capacidad de seguir un objeto en movimiento).
- Irritación pulmonar y tos.
- Dificultad para pensar y resolver problemas.
- Reacciones de pánico (palpitaciones, ansiedad y miedo extremos, sudoración, mareos).

Posibles Consecuencias Médicas del Uso Crónico de Marihuana y Hachís

- Problemas respiratorios (más graves en las personas que también fuman cigarrillos), incluyendo:
 - Tos crónica y bronquitis.
 - Daños en el tejido pulmonar.
 - Aumento de la producción de flema y disminución de la capacidad de eliminarla.
 - Enfermedades respiratorias frecuentes.
- Disminución del funcionamiento intelectual/cognitivo.
- Retraso en el desarrollo emocional.
- La disminución de la función inmune que puede conducir a una mayor susceptibilidad a infecciones virales y bacterianas y puede acelerar la progresión del VIH/SIDA.
- Problemas con la memoria a corto plazo y el aprendizaje, que pueden durar días o semanas después del último uso.
- En dosis altas, reacciones psicóticas agudas en individuos susceptibles, incluyendo el desencadenamiento de esquizofrenia crónica en aquellos genéticamente predispuestos.
- El uso prolongado podría conducir al síndrome amotivacional: disminución de la energía y de la capacidad de concentración, disminución del deseo de trabajar, reducción del interés por las actividades sociales o de otro tipo.
- En dosis altas, la marihuana puede empeorar la depresión clínica.

Síndrome de Abstinencia de la Marihuana y el Hachís

Además de los cravings o deseos intensos de consumir la droga, las personas que usan marihuana por un tiempo prolongado también informan:

- Irritabilidad.
- Disminución del apetito.
- Somnolencia.

Los síntomas comienzan aproximadamente un día después de la abstinencia, alcanzan su punto máximo a los dos o tres días y disminuyen en una o dos semanas.

La abstinencia de la marihuana no es físicamente peligrosa y no requiere tratamiento.

Página de Apoyo 5.8:

Miraa (Khat)⁸

Origen

La miraa es una planta que contiene catinona y catina, las sustancias químicas activas que alteran el estado de ánimo de la persona que las consume.

Formas de Presentación de la Miraa

La Miraa/Khat (*Catha edulis* Forsk, familia Celastraceae) es un arbusto de hojas verdes que puede alcanzar el tamaño de un árbol.

Modos de Administración de la Miraa

- 👉 Las hojas frescas y las ramitas blandas se mastican.
- 👉 De forma menos común, pueden ser fumadas o consumidas como té.

Usos Médicos de la Miraa

Ninguno.

Efectos “Deseables” de la Miraa

- 👉 Euforia leve.
- 👉 Estado de alerta.
- 👉 Entusiasmo o excitación.
- 👉 Energía.

Efectos Secundarios de la Miraa

- 👉 Pérdida de apetito.
- 👉 Disfunción sexual.
- 👉 Insomnio.
- 👉 Problemas gastrointestinales (como el estreñimiento).
- 👉 Inflamación bucal.

5 Australian Drug Foundation Drug Info Clearinghouse <http://www.druginfo.adf.org.au/drug-facts/drug-fact>. United Nations Office on Drugs and Crime. (2016). Terminology and Information on Drugs. United Nations, New York. Extraído en marzo 22, 2017, de <http://www.unodc.org/drugs/en/get-the-facts/types-of-drugs.html>

U.S. National Institute on Drug Abuse. (n.d.). Drugs of abuse information. Bethesda, MD: Author. Extraído en marzo 22, 2017, from <http://www.drugabuse.gov/drugpages/U.S.> University of Maryland Center for Substance Abuse Research http://www.cesar.umd.edu/cesar/drug_info.asp

Posibles Consecuencias Médicas del Uso Crónico de la Miraa

- Cáncer bucal.
- Depresión.
- Incremento de la gravedad de problemas psicológicos.
- Si se consume khat durante el embarazo, el bebé puede nacer más pequeño de lo normal.
- Masticar khat parece reducir la producción de leche materna.

Síndrome de Abstinencia de la Miraa

Se ha demostrado que las personas que mastican khat en exceso experimentan síntomas de abstinencia tales como:

- Pereza leve.
- Depresión leve.
- Pesadillas.
- Temblores ligeros.
- Cansancio extremo y falta de energía.
- Dificultad para desarrollar actividades cotidianas normales.
- Leves temblores involuntarios por varios días luego de haber dejado de masticar khat.

Página de Apoyo 5.9: Sustancias de Abuso: Resumen

Sustancias: Categoría y Nombre	Vía de Administración	Efectos de Intoxicación / Potenciales Consecuencias de Salud
Categoría: Depresores		
Barbitúricos: Amobarbital (Amytal®) Pentobarbital (Nembutal®) Fenobarbital Secobarbital (Seconal®)	Oral o inyección	Disminución de la ansiedad, sensación de bienestar, disminución de las inhibiciones, desaceleración del pulso y la respiración, disminución de la presión arterial, déficit de concentración / fatiga; Confusión; pérdida de la coordinación, de la memoria y del juicio; adicción; depresión y paro respiratorio; muerte
Benzodiazepinas Lorazepam (Ativan®) Clonazepam (Ravotril®) Triazolam (Halción®) Clordiazepóxido Flunitrazepam Diazepam (Valium®) Alprazolam (Xanax®)	Oral o inyección (El Flunitrazepam puede ser inhalado)	Para los <i>Barbitúricos</i> — Sedación, somnolencia / depresión, excitación inusual, fiebre, irritabilidad, falta de juicio, dificultad para hablar, mareos, abstinencia que pone en riesgo la vida Para las <i>Benzodiazepinas</i> — Sedación, somnolencia / Mareos Para el <i>GHB</i> — Somnolencia / Náuseas y vómito, dolor de cabeza, pérdida de la conciencia y los reflejos, convulsiones, coma y muerte
Gamma-hidroxibutirato (GHB)	Oral	Para la <i>Metacualona</i> —Euforia/Depresión, disminución de los reflejos, dificultad para hablar, coma
Metacualona (Parest®/ Quaalude®/ Sopor®)	Oral o inyección	

Sustancias: Categoría y Nombre	Vía de Administración	Efectos de Intoxicación / Potenciales Consecuencias de Salud
Categoría: Alucinógenos		
Dietilamida de ácido lisérgico (LSD por sus siglas en inglés)	Oral, se absorbe por los tejidos de la boca	Estados alterados de percepción y la sensación, náuseas / persistente trastorno de la percepción (escenas retrospectivas)
Mezcalina Peyote	Oral, fumar	Para el LSD y la mezcalina—Incremento en la temperatura corporal, ritmo cardíaco y presión arterial; pérdida del apetito, somnolencia, adormecimiento y debilidad, estremecimiento
Psilocibina “Hongo mágico”	Oral	Para el LSD—Persistentes trastornos mentales Para la psilocibina —Nerviosismo, paranoia
Categoría: Narcóticos—Opiáceos y Derivados de la Morfina		
Codeína Empirin con Codeína® Fiorinal con Codeína® Robitussin A-C® Tylenol con Codeína®	Oral o inyección	Analgésico, euforia, somnolencia/náuseas, estreñimiento, confusión, sedación, lentitud y paro respiratorio, tolerancia, adicción, inconsciencia, coma, muerte Para la codeína—menos efecto analgésico, sedación, lentitud respiratoria que la morfina Para la heroína —andar inestable
Fentanilo y sustancias análogas Actiq® Duragesic® Sublimaze®	Inyección, fumar o inhalar	
Diacetilmorfina Heroína	Inyección, fumar o inhalar	
Opio Láudano Paregórico	Oral o fumar	
Oxicodona HCL (OxyContin®)	Oral, Inyección o inhalar	
Hidrocodona, bitartrato, acetaminofén (Vicodin®)	Oral	

Sustancias: Categoría y Nombre	Vía de Administración	Efectos de Intoxicación / Potenciales Consecuencias de Salud
Categoría: Estimulantes		
Anfetamina (Biphetamine®, Dexedrina®)	Oral, inyección, fumar o inhalar	Incremento de la presión arterial y ritmo cardíaco y el metabolismo, sentimientos de regocijo y energía, mayor alerta mental / Ritmo cardíaco rápido o irregular, apetito reducido, pérdida de peso, nerviosismo, insomnio
Cocaína	Inyección, fumar o inhalar	<i>Para anfetaminas</i> —Respiración rápida/Temblores involuntarios, pérdida de la coordinación, irritabilidad, ansiedad, inquietud, delirio, pánico, paranoia, comportamiento impulsivo, agresividad, tolerancia, adicción, psicosis
MDMA (3,4-metilendioxi- metanfetamina) Éxtasis	Oral	<i>Para cocaína</i> — Aumento de la temperatura corporal / Dolor en el pecho, insuficiencia respiratoria, náuseas, dolor abdominal, derrames cerebrovasculares, convulsiones, dolores de cabeza, desnutrición, ataques de pánico
Metanfetamina (Desoxyn®)	Oral o fumar	<i>Para MDMA</i> — efectos alucinógenos leves, aumento de la sensibilidad táctil, sentimientos empáticos / problemas de memoria y aprendizaje, hipertermia, toxicidad cardíaca, insuficiencia renal, toxicidad hepática
Metilfenidato (Ritalin®)	Inyectado, tragado, esnifado	<i>Para metanfetamina</i> — Agresividad, violencia, comportamiento psicótico / pérdida de la memoria, daño cardíaco y neurológico, alteración de la memoria y el aprendizaje, tolerancia, adicción
Nicotina	Fumar, inhalar, consumido en tabaco masticable	<i>Para nicotina</i> — resultados adversos en el embarazo, enfermedad pulmonar crónica, enfermedad cardiovascular, derrame cerebrovascular, cáncer, tolerancia, adicción
Cafeína	Oral	
Categoría: Otros		
Inhalantes Gases (butano, propano, aerosoles, óxido nitroso) Nitritos (isoamilo, isobutilo, ciclohexilo) Solventes (disolventes de pintura, gasolina, pegamentos)	Inhalado por la nariz o boca	Estimulación, pérdida de inhibición, dolor de cabeza, náuseas o vómitos, dificultad para hablar, pérdida de coordinación motriz, / pérdida del conocimiento, calambres, pérdida de peso, debilidad muscular, depresión, deterioro de la memoria, daño a los sistemas cardiovascular y nervioso, muerte súbita

Sustancias: Categoría y Nombre	Vía de Administración	Efectos de Intoxicación / Potenciales Consecuencias de Salud
Cannabinoides Hachís Marihuana	Oral, fumar	Euforia, lentitud en pensamiento y el tiempo de reacción, confusión, problemas de equilibrio y coordinación / tos e infecciones respiratorias frecuentes, problemas de aprendizaje y memoria, aumento del ritmo cardíaco, ansiedad, ataques de pánico, tolerancia, adicción
Anestésicos disociativos Ketalar SV® Ketamina	Fumar, inhalar, inyectar	Aumento del ritmo cardíaco y la presión arterial, deterioro de la motricidad / Pérdida de memoria, entumecimiento, náuseas y vómitos Para <i>ketamina</i> (en dosis altas) -Delirio, depresión, depresión y paro respiratorio
Anestésicos disociativos Fenciclidina (PCP) y análogos	Oral, fumar	PCP y análogos-Posible disminución de la presión arterial y de la frecuencia cardíaca, pánico, agresividad, violencia / pérdida de apetito, depresión
Miraa Khat	Masticado, oral	Emoción y estado de alerta/ritmo cardíaco acelerado, aumento de la presión arterial, estreñimiento crónico, deshidratación, déficit de memoria, hablar excesivamente, disfunción sexual

Castaño P (2000). Cocaínas fumables. Adicciones 12:541–550

Página de Apoyo 5.9:
Cocaína

Producción de cocaína			Contenido de cocaína
	Hoja de coca		0.3-1%
	↓ Extracción		
	Pasta de cocaína		50-85%
	↓ Refinamiento		
	Cocaína base		60-90%
	↓ Purificación		
	Clorhidrato de cocaína		75-95%*
↙	Purificación	↘	
Cocaína sin base libre		Crack	60-90%

Castaño P (2000). Cocaínas fumables. Adicciones12:541–550

El diagrama muestra los procesos generales a través de los cuales la hoja de coca se transforma en productos de cocaína en sus distintas formas.

Lo que se denomina pasta de cocaína se conoce como “pasta base” o “paco” en algunos países del cono sur de América. Los procesos de producción ilícita pueden variar de un laboratorio a otro; hay al menos cinco métodos reportados para obtener pasta de coca, base de cocaína o clorhidrato de cocaína. La oferta ilegal de cocaína suele estar muy adulterada con diversos “agentes de corte” y podrían contener tan sólo un 10% de cocaína.

DERIVADOS DE LA HOJA DE COCA

Pasta Base de Cocaína

La pasta base de cocaína (PBC) es un subproducto intermedio en la producción de clorhidrato de cocaína obtenido a partir de las hojas de coca, a través de diversos procesos de producción química.

ONU (2018) Terminology and Information on Drugs. NY: ONU

Es una forma de cocaína alcalina o básica y su punto de volatilización le concede la propiedad de ser fumada. Su apariencia es la de un polvo amarillento o amarronado, dependiendo de la sustancia con la que ha sido mezclada. Informes internacionales indican un 40 a 85% del alcaloide cocaína en su composición, con la adición de impurezas, solventes derivados de su elaboración y adulterantes.

En la jerga de las personas que consumen PBC, se suele denominar como “pasta”, “base”, “lata”, entre otros. Se fuma utilizando diferentes dispositivos, como pipas fabricadas con casi cualquier material y diversos utensilios (latas, inhaladores, etc.), en cuyo fondo se coloca cenizas de tabaco, con el fin de mantener el calor para su volatilización; en ocasiones se fuma en cigarrillo mezclada con marihuana (“basoco”) o con tabaco (“tabasoco”). La PBC se comercializa en forma ilícita en “dosis” denominadas “medios” o “chasquis”, que varían en cuanto al costo, la proporción y la cantidad de sus componentes, y que suelen oscilar entre 0,2 y 0,5 gramos (Pascale, A., Negrín, A. y Laborde, A. (2010)).

Clorhidrato de Cocaína

Producto resultante del procesamiento químico de las hojas de coca, con apariencia de polvo blanco, conocido como “merca”, “frula”, “blanca”, entre otras denominaciones. Es una forma de cocaína ácida, que puede ser soluble en agua y, en consecuencia, puede utilizarse por vía intravenosa. Se consume principalmente por vía intranasal, inhalando el polvo; acción que se denomina en el argot “esnifar”, “jalar”, “tomar”. El clorhidrato de cocaína pierde sus propiedades al ser fumado, ya que el calor lo desnaturaliza. Sin embargo, existe una forma de consumo de marihuana en cigarrillo que se asocia con el clorhidrato de cocaína (nieve), que no tiene efectos psicoactivos más allá de los de la marihuana.

Cocaína base o base libre (free base)

La “cocaína base o base libre” se obtiene añadiendo una solución básica (bicarbonato de sodio, hidróxido de sodio o amoníaco) al clorhidrato de cocaína, que luego se filtra por el precipitado.

Otra modalidad es obtener la base disolviéndola con éter, y su modalidad de consumo consiste en inhalar los vapores de la base libre extraída del clorhidrato mediante la adición de solventes volátiles a muy alta temperatura (800° C), para lo cual es necesario utilizar mecheros de propano.

Crack

El “crack”, que se ha propagado por Brasil y otros países de América Latina y los EE.UU., se obtiene mediante un proceso de elaboración que consiste en añadir una solución básica y calentarla. Se obtiene añadiendo amoníaco a una solución acuosa de clorhidrato de cocaína, en presencia de bicarbonato de sodio para alcalinizarla.

El preparado se calienta a 98°C, provocando la precipitación de la base libre en forma de pasta, que una vez seca tiene un aspecto y una consistencia similar a la porcelana; triturándose luego para formar gruesas escamas. El crack se calienta y luego se inhala en recipientes con forma de pipa, o a veces, se fuma pulverizada y mezclada con tabaco o marihuana. El nombre de crack procede del ruido de crepitación que producen los cristales cuando se calientan.

Adulterantes

Tanto el clorhidrato de cocaína como la cocaína fumable pueden ser adulterados con sustancias que imitan algunos de sus efectos estimulantes (anfetaminas, cafeína u otros agentes simpaticomiméticos) y anestésicos (lidocaína, procaína y benzocaína), los cuales potencian la toxicidad de la cocaína. Por otra parte, en los últimos años se ha detectado la presencia de levamisol, un antihelmíntico de uso veterinario, reportándose una disminución de granulocitos en la sangre (agranulocitosis) con graves complicaciones infecciosas. La disminución de glóbulos blancos en la sangre puede conducir a un sistema inmunológico comprometido, dejando el organismo expuesto a infecciones y enfermedades, incluyendo Covid-19. Estudios en animales también han revelado que el levamisol incrementa la concentración de dopamina en el sistema nervioso central.

Módulo 5 — Sustancias de Abuso: Características y Consecuencias, Resumen

Revisión

- El significado de la palabra droga difiere dependiendo de la perspectiva:
 - En medicina, el término droga se refiere a cualquier sustancia con el potencial de prevenir o de curar una enfermedad o con el potencial de mejorar el bienestar físico o mental.
 - En farmacología (el estudio de las drogas y sus efectos), el término se refiere a cualquier agente químico que modifique los procesos bioquímicos o fisiológicos de los tejidos u organismos del cuerpo.
 - En el uso común, la palabra droga se refiere a una sustancia que se usa para propósitos no médicos (p. ej., recreacionales).
- A modo de repaso, la forma en que una droga afecta a una persona depende en parte del tipo de droga y de cómo ésta afecta el sistema nervioso central (SNC):
 - Los estimulantes aumentan la actividad del SNC. Tienden a aumentar la frecuencia cardíaca y la respiración y generan una sensación de gran euforia.
 - Los depresores y los opioides (también llamados narcóticos) disminuyen la actividad del SNC. Tienden a disminuir la frecuencia cardíaca y la respiración y generan una sensación relajada, a veces somnolienta, de bienestar o euforia.
 - Los alucinógenos producen un espectro de distorsiones sensoriales de gran intensidad y alteran notablemente el estado de ánimo y el pensamiento.
- El sistema de clasificación se ha diseñado como una guía general y no todas las drogas se ajustan plenamente a las cuatro clases. Por ejemplo:
 - Cannabis (marihuana y hachís);
 - Miraa (Khat);
 - Inhalantes (solventes, gases, nitritos); y
 - Anestésicos disociativos (PCP, ketamina).

Consecuencias del uso de drogas

- Además de las consecuencias físicas de las drogas específicas analizadas en las presentaciones, el uso de drogas y la adicción tienen importantes consecuencias para el individuo, la familia, la comunidad y la sociedad.
- Las personas que sufren de adicción podrían experimentar una serie de consecuencias:
 - Médicas;
 - Legales;
 - Sociales; y
 - Económicas.

- El uso de drogas y la adicción tienen importantes consecuencias para el individuo, la familia, la comunidad y la sociedad.
- Las personas que sufren de adicción podrían experimentar una serie de consecuencias:
 - Los individuos que tienen una adicción son más propensos a sufrir lesiones en peleas o accidentes de todo tipo.
 - El uso de drogas podría desencadenar o empeorar los trastornos mentales, particularmente en personas con vulnerabilidades específicas.
 - El consumo excesivo de drogas suele comprometer el sistema inmune de una persona, haciéndola más susceptible a las enfermedades.
 - Las personas que consumen drogas están mucho más propensas que las que no lo hacen a contraer enfermedades graves como VIH/SIDA, hepatitis, tuberculosis y otras enfermedades infecciosas.
 - Esto es así incluso si la persona no se inyecta drogas, debido a que los efectos cognitivos negativos y de disminución de la inhibición que produce el uso de drogas suelen conducir a un aumento de los comportamientos de riesgo.

Sustancias específicas:

Características, efectos y consecuencias físicas

Las Páginas de Apoyo 5.1 – 5.9 proporcionan información sobre drogas específicas.

Respuestas Fisiológicas Diferentes: Las Mujeres

- Diversos estudios han demostrado que las mujeres son más susceptibles que los hombres al consumo y a los efectos a largo plazo del alcohol y las drogas. Las mujeres experimentan un efecto llamado “telescoping”, lo que significa que tienden a tener una progresión más rápida que los hombres desde su uso inicial hasta la adicción y hasta consecuencias relacionadas con la sustancia, incluso si se usa una cantidad similar o menor de sustancias¹⁰.
- Por ejemplo, las mujeres que beben presentan mayor riesgo que los hombres de desarrollar cirrosis y otros problemas médicos, y desarrollan estos problemas antes que los hombres. Una posible causa de esto es que las mujeres tienen menos agua en su cuerpo que los hombres, y metabolizan el alcohol de una manera que conduce a niveles más altos de alcohol en la sangre con una ingesta y peso corporal comparables.
- Gran parte de la investigación sobre las mujeres se ha enfocado en el consumo de alcohol; sin embargo, investigaciones más recientes sugieren que existe un patrón similar de rápida progresión con el uso de drogas ilícitas. Por ejemplo, un estudio de mujeres bajo tratamiento reveló que las mujeres habían usado opioides y cannabis durante menos años que los hombres antes de ingresar a tratamiento. Además, las mujeres informaron complicaciones psiquiátricas, médicas y laborales más severas que los hombres¹¹.

10 Center for Substance Abuse Treatment. Substance Abuse Treatment: Addressing the Specific Needs of Women. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 2009. (Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 51.) Chapter 3: Physiological Effects of Alcohol, Drugs, and Tobacco on Women.

11 Hernandez-Avila, C. A., Rounsaville, B. J., & Kranzler, H. R. (2004). Opioid-, cannabis- and alcohol-dependent women show

Efectos en el Feto

- Los efectos en el feto suelen ir desde el bajo peso al nacer hasta déficits conductuales y cognitivos del desarrollo.
- En los niños/niñas expuestos a la cocaína y a la marihuana se ha observado deterioro de la atención, del lenguaje y de las habilidades de aprendizaje, así como problemas de comportamiento.
- La exposición a la metanfetamina se ha asociado a una limitación del crecimiento fetal, menor activación y problemas de desarrollo de la motricidad en los infantes.
- La exposición no tratada a la heroína, sin atención prenatal, podría resultar en que el bebé deba pasar por una dolorosa abstinencia tras el nacimiento. La exposición a la heroína también se ha asociado a un bajo peso al nacer — un importante factor de riesgo de retraso en el desarrollo.
- El Síndrome de Abstinencia Neonatal (SAN) se puede observar con el uso de opioides, alcohol, cafeína y algunos sedantes.
- Los síntomas del SAN en el recién nacido se pueden desarrollar de inmediato o hasta 14 días después del nacimiento.
- Algunos de estos síntomas incluyen coloración enrojecida o manchas en la piel, diarrea, llanto excesivo o agudo, fiebre, aumento del ritmo cardíaco, irritabilidad, problemas de alimentación, respiración acelerada, convulsiones, problemas de sueño, aumento de peso lento, temblores, vómitos.

Respuestas Fisiológicas Diferentes: Los/las Jóvenes

- El uso de drogas a una edad temprana aumenta las posibilidades de que una persona desarrolle trastornos relacionados con el uso de sustancias.
- Los y las jóvenes también son particularmente vulnerables a los problemas físicos y sociales relacionados con el uso de sustancias. Parte de esta vulnerabilidad se debe a los efectos de las sustancias en un cerebro y cuerpo que aún están en desarrollo.
- El abuso de drogas y de alcohol puede alterar la función cerebral en áreas críticas para la motivación, la memoria, el aprendizaje, la capacidad de discernimiento y el control del comportamiento. Todas estas funciones continúan madurando en la edad adulta. Por ello, no es de extrañar que los/las adolescentes que abusan del alcohol y de otras drogas a menudo experimenten problemas familiares y escolares, bajo rendimiento académico y problemas relacionados con la salud (incluida la salud mental). También podrían verse involucrados(as) con el sistema de justicia penal.
- Una de las áreas del cerebro que continúa madurando durante la adolescencia es la corteza prefrontal — la parte del cerebro que nos permite evaluar las situaciones, tomar decisiones acertadas, y mantener las emociones y deseos bajo control.
- El hecho de que esta parte crítica del cerebro de un(a) adolescente esté todavía en desarrollo les pone en mayor riesgo de tomar malas decisiones (como probar drogas o continuar con el abuso de ellas).
- La introducción de drogas mientras el cerebro y el cuerpo se están desarrollando podría tener consecuencias profundas y duraderas.

more rapid progression to substance abuse treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 74(3), 265.

Consecuencias del uso de drogas: Sociedad

- El uso de drogas y la adicción también afectan a la sociedad en su conjunto, a través de:
 - Disminución de la productividad;
 - Costos de los centros de encarcelamiento y de tratamiento residenciales;
 - Aumento de costos médicos;
 - Costos sociales y financieros de los delitos relacionados con la droga;
 - Aumento de la propagación de enfermedades infecciosas; y
 - Altas tasas de VIH/SIDA alrededor del mundo.

Los Sistemas Familiares

- La adicción es una enfermedad individual y también familiar.
- Un sistema familiar se define como la interacción y relación particular de cada miembro de la familia entre sí. Las familias son probablemente el sistema social más complejo que tenemos.
- En el tratamiento de la dependencia de drogas, las terapias basadas en la familia han mostrado su efectividad aumentando la vinculación de las personas usuarias y de sus familias con los programas del tratamiento, así como mejorando la adherencia al tratamiento (aumento de la retención) y disminuyendo el uso de sustancias post-tratamiento; mejorando el funcionamiento familiar y facilitando los procesos de integración social de las personas usuarias.
- El estudio de la eficacia de las terapias centradas en la familia ha presentado dificultades debido a problemas metodológicos en estudios controlados que se han llevado a cabo. Este tipo de terapias ha demostrado mejores resultados en intervenciones en adolescentes con problemas de uso de sustancias. Las terapias más investigadas en el campo de las conductas adictivas son la Terapia Familiar Estratégica Breve, la Terapia Familiar Multidimensional y la Terapia Familiar Multisistémica¹².
- Estas otorgan un papel importante o central a la familia como parte de la solución del problema de uso de sustancias, considerando las interrelaciones entre sus miembros, y que el uso de sustancias suele ser una señal de tensión en el funcionamiento familiar, y la convivencia con muchas personas con trastornos por uso de sustancias dentro de una familia, etc.
- Las familias de personas con TUS podrían tener diversas necesidades de intervención. Es importante que los/las terapeutas identifiquen los recursos y el potencial de la familia para promover los procesos de recuperación.
- Las familias y las organizaciones dirigidas por familias son componentes vitales de los sistemas de servicios orientados a la recuperación.
- Los miembros de las familias pueden entrenar y apoyar a otras familias — compartir experiencias vividas y percepciones que inspiren esperanza, aumenten la comprensión, y contribuyan a la transformación del sistema familiar.
- No existe una solución única para ayudar a un miembro de la familia que vive con un TUS, pero el apoyo familiar puede desempeñar un papel importante en su recuperación.

12 Becoña, E. y Cortés, M. (Coord.) (2008) Guía Clínica de Intervención Psicológica en Adicciones. Sociedad Científica Española de Estudios Sobre Alcohol, el Alcoholismo y Otras Toxicomanías (SOCIDROGALCOHOL), Barcelona)

- Es importante que los miembros de la familia/cuidadores(as) den prioridad a su propia salud a la hora de apoyar la recuperación del o de los miembros de la familia con TUS.
- El término familia tiene diversos significados para diferentes personas y puede definirse de múltiples maneras.
- Grupos de académicos(as), tales como, antropólogos(as), sociólogos(as), psicólogos(as), economistas, pueden definir y estudiar a la familia desde sus propias perspectivas. Las personas de diferentes países o culturas también pueden definir a la familia de manera diferente. Por ejemplo, en los Estados Unidos, Canadá y en varios países europeos, la norma para definir una familia es la familia nuclear, entendida como la madre, el padre y los hijos(as). En muchas otras partes del mundo la familia se define como la familia extendida, que incluye abuelos(as), tíos/tías, primos(as) y otros¹³.
- Los académicos(as) concuerdan en que las familias se pueden definir en términos simples por su estructura – ¿a quiénes se considera parte de la familia? – y por su función – ¿cuál es el propósito de la familia y qué hace una familia?
- Está claro que una definición única de familia no puede ser adecuada para abarcar todos los tipos de familias y para todos los fines.
- No existe una definición única e inmutable de qué es una familia. Las definiciones se ven afectadas por las culturas y los sistemas de creencias, y dado que las culturas y las creencias cambian con el tiempo, las definiciones de familia no son estáticas¹⁴.
- Cuando se trata de comprender el funcionamiento de una familia, es importante que el/la terapeuta conozca y sea respetuoso(a) de la cultura en sus comentarios y juicios.
- Estas preguntas pueden ser de utilidad para este proceso:
 - ¿En qué medida la dinámica que observa en esta familia, y que se aleja de las normas convencionales, proviene de una patología o de antecedentes culturales diferentes?
 - ¿Cómo se organiza jerárquicamente la familia? ¿Democráticamente? ¿Cuáles son los patrones de comunicación al interior de esta estructura?
 - ¿Qué tan bien está funcionando esta familia? Es decir, ¿en qué medida puede la familia alcanzar sus propias metas?
 - ¿Cuáles son los roles prescritos por la cultura para cada miembro de la familia? ¿Quiénes son las “figuras de poder” adecuadamente definidas en la familia?
- Algunas de las formas habituales en que se definen las familias son:
 - Por parentesco, relaciones de nacimiento – que significa o se refiere a las personas que están relacionadas por los genes.
 - Las familias se unen a través del matrimonio. La persona no está emparentada con su cónyuge por nacimiento pero, por lo general, nadie discute que los cónyuges forman parte de la misma familia.

13 Este material se ha tomado, con ciertas adaptaciones, de la siguiente fuente: International Center for Credentialing and Education of Addiction Professionals (ICCE) (2015). Prevention for Substance Use Disorder. Trainer Manual. Training Curriculum Series 1. Universal Prevention Curriculum for Substance Use Disorder (UTC). Sri Lanka. Department of State, EUA. Colombo Plan.

14 (Center for Substance Abuse Treatment. Substance Abuse Treatment and Family Therapy. A Treatment Improvement Protocol (TIP) Series. Publication No. 39. “DHHS” (SMA) 04-3957. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2004).

- Las familias se definen a veces por las personas que viven juntas en la misma casa.
- Es posible incluir en una familia a las personas que tienen obligaciones financieras entre sí y, por lo general, consideramos familia a las personas que educan o ayudan a criar a los hijos(as) o a otras personas del grupo.
- En las sociedades occidentales, como Estados Unidos, Canadá, Reino Unido y los países europeos, el término “familia” suele significar o referirse a la familia nuclear, que incluye a la madre, el padre y uno o más hijos(as). Aun así, las familias nucleares pueden ser diferentes; algunas pueden incluir a dos cuidadores(as) biológicos(as), otras pueden incluir a uno o dos hijos(as) adoptados(as), y algunas pueden ser familias de acogida; es decir, familias que están criando a niños(as) que han perdido a ambos cuidadores(as) o cuyos cuidadores(as) han perdido la custodia por alguna razón.
- Las familias mixtas incluyen miembros de dos o más familias anteriores. En Estados Unidos, las familias mixtas suelen formarse cuando los cuidadores(as) con hijos(as) se divorcian y vuelven a casarse. El aumento de las tasas de divorcio y de las personas que se han vuelto a casar en Estados Unidos en la última década ha contribuido a incrementar el número de familias mixtas.
- Una familia monoparental puede estar formada por el padre o la madre, que es la única persona responsable de la crianza del niño(a). Algunas de estas familias son por elección, mientras que otras se deben a circunstancias como el divorcio o la muerte de uno de los progenitores. Las tasas de familias monoparentales han aumentado en todo el mundo en las últimas décadas.
- La estructura de las familias ha cambiado con el tiempo, en todo el mundo. Aunque la mayor parte de las familias sigue estando formada por familias que involucran a dos cuidadores(as), cada vez son menos comunes en diferentes partes del mundo. En Asia y Oriente Medio, los niños menores de 18 años tienen más probabilidades de vivir en familias formadas por dos cuidadores(as) que en otras formas de familia. En cambio, en América, Europa, Oceanía y el África subsahariana, es más probable que los niños(as) vivan con un solo progenitor(a) o con ninguno.
- Las familias extendidas están formadas por individuos que no se consideran parte de la “familia nuclear”. Por ejemplo, podría incluir a los abuelos(as) por ambas partes, a la esposa/madre, al esposo/padre y a los hijos(as), a los tíos/tías, a los hermanos(as) o medio hermanos(as), a los primos(as), a los sobrinos(as) y a cualquier otro pariente de los cónyuges.
- Las familias con padres del mismo sexo han sido durante mucho tiempo invisibles para la sociedad en general, pero cada vez se reconocen más en todo el mundo como familias que corresponden a familias nucleares.

Definición de la familia como un sistema

- Un SISTEMA: es un conjunto de partes relacionadas. Lo que define a este conjunto de partes como un SISTEMA son las relaciones que esas partes establecen entre sí.
- La familia debe considerarse como un organismo completo, y no como la suma de sus partes. Durante la larga convivencia de una familia, sus miembros desarrollan patrones de comportamiento comunes tras haberlos repetido miles de veces. De esta forma, cada miembro individual se ha acostumbrado a actuar, reaccionar y responder de una manera específica al interior de la familia. Las acciones de cada miembro provocan una reacción específica en otro miembro de la familia, una y otra vez, a lo largo del tiempo. Estas secuencias repetitivas dan a la familia su propia forma y estilo. Los patrones que se desarrollan en una familia dan forma a los comportamientos y estilos de cada uno de sus miembros.

- **Estructura:** Se refiere a los patrones de interacción de la familia. Los patrones de interacción familiar son los comportamientos habituales y repetidos que los miembros de la familia mantienen entre sí. Más concretamente, los patrones de interacción familiar consisten en cadenas de comportamiento vinculadas entre sí que tienen lugar entre los miembros de la familia. Según Minuchin, la estructura familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organiza las formas de interacción de los miembros de la familia. Una familia es un sistema que funciona mediante pautas transaccionales. Las transacciones repetidas establecen las pautas sobre cómo, cuándo y con quién relacionarse, y estas pautas sustentan el sistema.
- **Jerarquía:** Se define el rol del poder y sus estructuras en las familias. La jerarquía define o determina la distribución del poder, que ayuda a mantener la estructura del sistema.
- **Roles:** Los roles se refieren a las expectativas y normas de un grupo respecto a la posición y el comportamiento de un individuo en el grupo. De allí que, cuando los seres humanos participan en un contexto determinado, tienden a adoptar ciertos roles.
- **Reglas familiares:** Son habladas o implícitas (todos las conocen pero no se verbalizan). Dado que la familia es un sistema abierto, intercambia constantemente información con su entorno; dicha información se convierte en el aporte que afecta en mayor o menor medida el equilibrio familiar. La forma en que la familia reacciona a nueva información depende de diversas variables.
- Este intercambio continuo de información ayuda al sistema en un proceso constante de equilibrio, en su búsqueda de la homeostasis, que depende de las normas presentes en el sistema. Estas normas se traducen en reglas que regulan los comportamientos de los miembros, entre ellos y con los demás sistemas que les rodean. Estas reglas pueden identificarse fácilmente observando los patrones de interacción familiar.
- En consecuencia, las reglas serían: acuerdos de relación que estipulan y limitan el comportamiento de los individuos en una amplia variedad de áreas de contenido, organizando su interacción en un sistema razonablemente estable.
- **Límites:** Las relaciones entre los miembros y entre la familia y la sociedad están reguladas por límites, también llamados fronteras. Los límites serían identificables por las diferentes reglas de comportamiento aplicables a los distintos subsistemas de la familia.
- Durante el desarrollo de la familia, la propia familia establece un conjunto de reglas, patrones de funcionamiento y creencias sobre sí misma que contribuyen a diferenciarla de otras familias. Cuando se establece un continuo con respecto a los límites, es posible afirmar que éstos pueden variar entre límites rígidos, flexibles y difusos.
- Cuando los límites son demasiado difusos hay un gran énfasis en la unidad familiar con una escasa interacción con el entorno. Cuando los límites son demasiado rígidos hay una pérdida de integridad, por lo que la unidad parece dispersa y los miembros se separan. Los límites flexibles permiten al sistema adaptarse a las necesidades tanto internas como externas, que aparecen a medida que el sistema avanza en su evolución¹⁵.

15 Madsen, W. (2007) Collaborative Therapy with Multi-Stressed Families. Second Edition. New York: The Guilford Press)

Familias Multi-tensionadas/Multi-estresadas

- Familias que se encuentran en situaciones de dificultades clínicas, y que están sobrepasadas por los problemas y las crisis; como suele ser el caso de las familias en las que uno o más de sus miembros consume sustancias de manera indebida o padece un trastorno por uso de sustancias.
- El concepto de “Familias Multi-estresadas” tiende a enfocarse en las tensiones externas que afectan a las familias y respalda la separación entre las personas y los problemas de sus vidas.
- Esta descripción capta mejor las tensiones y presiones que se producen en las familias que se enfrentan a diversas dificultades en sus vidas. El concepto de familias “multi-estresadas” reconoce las complejas realidades de sus vidas, pero también orienta sobre las habilidades, destrezas y conocimientos técnicos a los que las familias pueden acceder para hacer frente a esas tensiones.
- Las familias no son estáticas y aunque tienden a desarrollar patrones de comportamiento, eso no significa que éstos sean permanentes.
- La identificación de los patrones de funcionamiento familiar puede ayudar a reconocer y valorar las fortalezas y los recursos del sistema familiar, así como a poner de manifiesto las necesidades y los deseos del sistema familiar y de sus miembros.
- Lo que se considera funcional puede variar de una cultura a otra, pero en general se pueden identificar los siguientes comportamientos funcionales y disfuncionales:
- Cuando una familia funciona desde el amor, el respeto y el cuidado, es más fácil para sus miembros prestar atención cuando alguien necesita ser escuchado(a); pueden expresar palabras de afecto, reconocer esfuerzos y alegrarse con los logros de los demás. Se sienten unidos, pero al mismo tiempo reconocen la individualidad de cada uno; en consecuencia, pueden tener intereses, opiniones, habilidades y formas de ser diferentes.
- Cuando no hay suficiente confianza en una familia y se duda de las motivaciones de los demás, las personas no sienten la libertad de ser ellas mismas e intentan evitar expresar lo que piensan, sienten o quieren, porque existe cierto temor a ser criticadas, no aceptadas y rechazadas. Esto tiene un impacto en el bienestar, la satisfacción y el desarrollo de cada miembro de la familia.
- Recordemos que no es que las familias sean totalmente funcionales o disfuncionales, sino que hay una variedad de grados de funcionalidad. Por ejemplo, en ciertos momentos una familia podría mantener una buena comunicación, ser afectuosa, incluso manejar un conflicto de manera constructiva, y la misma familia en otro momento, cuando surge un conflicto, podría decirse cosas hirientes.
- En el caso de una familia en la que predominan los patrones familiares funcionales, si un miembro desarrolla un TUS, aunque el sistema familiar podría desequilibrarse durante un tiempo, tenderá a restablecer el equilibrio.

Comportamientos de Apoyo	Comportamientos Perjudiciales
1. Las personas actúan a partir del amor, el respeto, la preocupación y el cuidado.	1. Tienden a relacionarse con el temor, la desconfianza y una baja autoestima.
2. Confían en los demás, por lo que se sienten libres para expresar sus necesidades, compartir sus sentimientos, manejar y negociar desacuerdos y conflictos.	2. Existe temor al rechazo; en consecuencia, les resulta difícil expresar sus necesidades, sentimientos y manejar los desacuerdos y conflictos.
3. Ofrecen oportunidades de crecimiento para todos los miembros de la familia.	3. Experimentan alteraciones en el desarrollo emocional, especialmente en niños, niñas y adolescentes.
4. Los adultos(as) son cercanos, comparten autoridad, y se apoyan mutuamente. Al menos uno de los padres es seguro(a) y responsable.	4. Los adultos(as) tienden a entrar en luchas de poder y a contradecirse; son controladores e indiferentes.
5. Crean y mantienen un orden. Tienen límites claros y definidos. Las reglas y directrices son claras y coherentes. Saben qué esperar de los demás y qué se espera de ellos(as).	5. Las reglas y los límites son poco claros, rígidos y/o incoherentes, lo que puede provocar confusión, inseguridad y/o manipulación.
6. Ante las crisis, buscan restablecer el equilibrio: - Tienen habilidades para resolver problemas y tomar decisiones. - Cooperan y trabajan juntos.	6. Ante las crisis, aprenden a sobrevivir, se protegen evitando, agrediendo, culpándose. Si un miembro desarrolla un TUS, podrían tender a centrar prácticamente toda su atención en él/ella.

Módulo 6

INTEGRACIÓN DEL APRENDIZAJE EN LA PRÁCTICA

<i>Contenido y Programa de Trabajo</i>	<i>225</i>
<i>Metas de la capacitación y objetivos de aprendizaje.....</i>	<i>225</i>
<i>Páginas de Apoyo</i>	<i>226</i>

Índice y Programa de Trabajo		
Actividad	Duración	Persona Responsable
Introducción y ejercicio: Elaboración de un Plan de Integración en la Práctica	75 minutos	
Receso	15 minutos	
Competencia de Evaluación del Aprendizaje	30 minutos	
Evaluación de la Capacitación	15 minutos	
Ceremonia de Término del Programa y Socialización	30 + minutos	

Metas y Objetivos del Módulo 6

Metas de la Capacitación

- Alentar a los/las participantes a reflexionar sobre los recursos, obstáculos, y estrategias para el cambio; y
- Proporcionar una oportunidad para elaborar un plan personal de integración en la práctica.

Objetivos de Aprendizaje

Los/las participantes que completen el Módulo 6 habrán desarrollado un plan personal de integración en la práctica.

Página de Apoyo 6.1:
Plan de Integración Personal

1.

Lo más importante que he aprendido de esta capacitación y que no quiero olvidar es:
2.

Los cambios que haré en mi práctica en base a lo que he aprendido aquí son:
3.

Algunas cosas que podrían interferir con mis planes son (p. ej. obstáculos previstos):
4.

Las formas en que podría superar estos obstáculos incluyen:
5.

Las siguientes personas (incluyendo supervisores, potenciales tutores, etc.) y recursos (cursos, lecturas adicionales) podrían ayudarme de las siguientes maneras:

Persona o Recurso	Posibles formas de ayudar

Anexo A

Glosario

Adicción (addiction)	Una enfermedad cerebral crónica y recurrente que se caracteriza por la búsqueda y el consumo compulsivo de drogas, a pesar de las consecuencias perjudiciales; también conocida como dependencia psicológica.
Agente Etiológico (etiological agent)	La causa (o una de las causas) de una enfermedad.
Barrera hematoencefálica (blood-brain barrier)	Una barrera de protección formada por una serie de células estrechamente unidas que permiten el paso sólo de determinadas sustancias químicas al cerebro.
Circuito de recompensa (reward circuit)	Un grupo de estructuras cerebrales interconectadas que proporcionan gratificación (incluyendo placer) al realizar actividades esenciales para la sobrevivencia (como el comer), asegurando que estas actividades se repitan.
Dependencia fisiológica (physiological dependence)	Estado de adaptación a una sustancia psicoactiva específica caracterizado por la aparición de un síndrome de abstinencia durante la abstinencia, que podría aliviarse total o parcialmente ingiriendo más cantidad de la sustancia.
Desintoxicación (detoxification)	El proceso de eliminación de todas las sustancias psicoactivas del cuerpo de una persona.
Enfermedad (disease)	Toda alteración de la estructura o función normal de cualquier parte del cuerpo, órgano, o sistema que puede identificarse por un conjunto característico de síntomas y signos.
Enfermedad crónica (chronic disease)	Una enfermedad de larga duración que no se puede curar, pero sí manejar.
Estigma social (social stigma) *	Una marca, un signo, un atributo profundamente desacreditador y deshonoroso que reduce a un individuo de ser una persona completa y normal a un ser menospreciado y devaluado.
Farmacología (pharmacology)	Rama de la ciencia que estudia el efecto de las sustancias psicoactivas en el cerebro y en el organismo.
Lapso o desliz (lapse or slip)	Un breve, a menudo único, retorno al uso de sustancias.

* Wikipedia. Obtenido en octubre 24, 2010, de http://en.wikipedia.org/wiki/Social_stigma

Neurona (neuron)	Una célula nerviosa del cerebro que envía y recibe mensajes de otras células.
Neurotransmisores (neurotransmitters)	Sustancias químicas que envían mensajes de una neurona a otra en el cerebro.
Patogénesis (pathogenesis)	La progresión de una enfermedad desde sus orígenes hasta su desarrollo crítico y los resultados esperados.
Recaída (relapse)	Un retorno total al consumo de sustancias psicoactivas en la misma forma en que la persona lo hacía antes de dejarlo.
Sinapsis o hendidura sináptica (synapse or synaptic cleft)	El espacio entre las neuronas; los neurotransmisores pasan por este espacio en el proceso de moverse de una neurona a otra.
Síndrome de abstinencia (withdrawal syndrome)	Signos y síntomas que se producen cuando una persona deja de usar una sustancia psicoactiva de la cual es dependiente.
Sistema familiar (family system)	La interacción y relación singular de cada miembro de la familia entre sí; tal vez el sistema social más complejo que tiene la humanidad.
Sistema nervioso central (central nervous system)	La parte del sistema nervioso formada por el cerebro y la médula espinal.
Sistema Nervioso Periférico (peripheral nervous system)	Incluye todos los nervios que van a los brazos, piernas, manos y pies; básicamente, todos los sistemas nerviosos externos al sistema nervioso central.
Sustancias psicoactivas (psychoactive substances)	Drogas o medicamentos que afectan al sistema nervioso central del organismo y modifican el comportamiento o la percepción de las personas respecto de lo que ocurre a su alrededor.
Tolerancia (tolerance)	La disminución del efecto que se produce tras la administración repetida de la misma cantidad de una sustancia psicoactiva o cuando se necesitan cantidades cada vez mayores para obtener el mismo efecto experimentado con la cantidad original de una sustancia psicoactiva.
Trastornos por uso de sustancias (substance use disorders)	Se define como un patrón desadaptativo de uso de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresados en al menos 2 de los 11 criterios en algún momento durante un periodo continuado de 12 meses (DSM 5)
Vida media (half-life)	La cantidad de tiempo que se necesita para eliminar del organismo la mitad de la dosis original de una sustancia.

Anexo B

Recursos

Estadísticas sobre el Uso de Drogas a Nivel Global

United Nations Office on Drugs and Crime. (2020). World drug report 2020. New York:

United Nations.

World Health Organization. (2010). Management of substance abuse: The global burden. Geneva: Author. Obtenido en diciembre 10, 2010, de World Health Organization. (2011). Management of substance abuse: Facts and figures. Geneva: Author. Obtenido en diciembre 10, 2010, de http://www.who.int/substance_abuse/facts/en/

La Ciencia de la Adicción

Inaba, D., & Cohen, W. E. (2007). Uppers, downers, all arounders: Physical and mental effects of psychoactive drugs (8th ed.). Medford, OR: CNS Productions.

U.S. National Institute on Drug Abuse. (2014 revision). Drugs, brains, and behavior: The science of addiction. Bethesda, MD: Author. Obtenido en marzo 22, 2017 de <http://www.nida.nih.gov/scienceofaddiction/sciofaddiction.pdf>

U.S. National Institute on Drug Abuse. (n.d.). Addiction science: From molecules to managed care. Bethesda, MD: Author. Obtenido en marzo 22, 2017 de <http://www.nida.nih.gov/pubs/teaching/Teaching6/Teaching.html>

World Health Organization. (2004). Neuroscience of psychoactive substance use and dependence. Geneva: Author. Obtenido en marzo 22, 2017 de http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience.pdf

Clasificación de las Drogas / Hechos sobre las Drogas

Australian Drug Foundation Drug Info Clearinghouse United Nations Office on Drugs and Crime. (2016). Terminology and Information on Drugs. United Nations, New York. Obtenido en marzo 22, 2017, de <http://www.unodc.org/drugs/en/get-the-facts/types-ofdrugs.html>

U.S. National Institute on Drug Abuse. (n.d.). Drugs of abuse information. Bethesda, MD: Author. Obtenido en marzo 22, 2017, de <http://www.drugabuse.gov/drugpages/>

U.S. University of Maryland Center for Substance Abuse Research World Health Organization. (2010). Management of substance abuse: Other psychoactive substances. Geneva: Author. Obtenido en marzo 22, 2017, de http://www.who.int/substance_abuse/facts/psychoactives/en/index.html

Mujeres

U.S. Center for Substance Abuse Treatment. (2009). Substance abuse treatment: Addressing the specific needs of women. Treatment Improvement Protocol Series 51. HHS Publication No. (SMA) 09-4426. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Extraído en marzo 22, 2017, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK26013/>

Hernandez-Avila, C. A., Rounsaville, B. J., & Kranzler, H. R. (2004). Opioid-, cannabis- and alcohol-dependent women show more rapid progression to substance abuse treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 74(3), 265.

Familia

U.S. Center for Substance Abuse Treatment. (2001). Substance abuse treatment and family therapy. Treatment Improvement Protocol Series 39. HHS Publication No. (SMA) 04-3957. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Obtenido en marzo 22, 2017, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK14505/>

Anexo C

Reconocimientos especiales

Deseamos expresar nuestro agradecimiento a los siguientes miembros por haber producido la 3^{era} edición de este manual, que fue publicada en el año 2017.

Dr. Igor Koutsenok

Profesor de Psiquiatría
University of California San Diego
EE.UU.

V. Thirumagal, Ph.D.,
Consultor-Capacitador

Dr. Randy Koch

Profesor Adjunto
Virginia Commonwealth University
EE.UU.

Beatrice Kathungu, Ph.D.,

Académica,
Kenyatta University

Stephanie Lusk, Ph.D

CRC,
University of Arkansas
EE.UU.

Prof. Dr. Mahmood Nazar Mohamed,

Vice-Rector Adjunto,
Asia Metropolitan University

Dr. Elizabeth Saenz

Coordinadora de Proyecto,
ONUDD

Shirley Mikell,

Gerente de Proyectos,
SME Consulting, LLP

Olga Parakkal

Unidad de Prevención, Tratamiento
y Rehabilitación
ONUDD

Martha Hurley, Ph.D,

Jefa de Departamento y Profesora,
Texas A&M University Commerce
EE.UU.

Sanita Suhartono,

Unidad de Prevención, Tratamiento y Rehabilitación
ONUDD

Hendrée Jones, Ph.D,

Departamento de Obstetricia y Ginecología,
UNC

Sadie Thimsen,

Oficial de Asuntos Externos,
INL

Nuwan Wickramasinghe,

Diseñador Gráfico Senior,
Programa de Asesoramiento sobre Drogas –
Plan Colombo,
Sri Lanka

Winona Pandan,

Coordinadora de Desarrollo Curricular,
Plan Colombo



**Currículo de Tratamiento Universal
para Trastornos por Uso de Sustancias
(UTC)**

Introducción a la Ciencia de la Adicción



**UNIVERSAL
CURRICULUM**
Treatment of Substance Use Disorders